

## Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück an:

Tierarztpraxis/Kotlabor Schmid  
Hauptplatz 7  
3240 Mank  
06641323576  
office@wurmtest.at

Datum
Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*)
Bestellt am (*)/erhalten am (*)
Name des/der Verbraucher(s)
Anschrift des/der Verbraucher(s)
Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

(\*) Unzutreffendes streichen.