



(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es per Fax, E-Mail oder auf dem Postweg an uns zurück.)

An die
AvivaMed GmbH
St. Floriansweg 3

55599 Gau-Bickelheim

Fax: 06701/42896-11
E-Mail: info@avivamed.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgende(n) Ware(n)

bestellt am _____/erhalten am _____.

Name des/der Verbraucher(s): _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) :

Ort, Datum

Unterschrift (bei beleghaftem Widerruf)

RECHTLICHES:

Amtsgericht Mainz, HRB 42596
GF: Bernd Hoffmann, Petra Krollmann

BANKVERBINDUNG:

Sparkasse SÜW, BLZ 548 500 10
Konto-Nr. 1700191933

BANKVERBINDUNG INTERNATIONAL:

IBAN: DE15548500101700191933
BIC: SOLADES1SUW