

## Widerrufsformular



Mit diesem Formular widerrufen Sie den Kaufvertrag mit Cellavita GmbH & Co.KG innerhalb der 14 tägigen Frist.

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

- Bestellt am / erhalten am \_\_\_\_\_
- Kundennummer \_\_\_\_\_
- Rechnungsnummer \_\_\_\_\_
- Name des Verbrauchers \_\_\_\_\_
- Anschrift des Verbrauchers \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/ der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

\_\_\_\_\_  
*Bitte senden Sie Ihr Paket ausreichend frankiert an nachfolgende Adresse zu unserem Lager:*

**Cellavita GmbH & Co.KG**  
**Turnstraße 30**

**76846 Hauenstein**