

Widerrufsformular

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

Dr. Rath Health Programs B.V.
E-Mail: info@rath-programs.com

Postadresse:
Dimass Group B.V.
Roermondseweg 28
6081 NV Haalen, Niederlande

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

bestellt am: erhalten am:

Name:

Anschrift:

.....
.....

Datum: Unterschrift:

(*) Unzutreffendes bitte streichen