NUR VERWENDEN, WENN SIE DEN VERTRAG WIDERRUFEN MÖCHTEN

Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)

Go Medics FlexCo · Nikolaiplatz 4, 8020 Graz, Österreich +43 316 30 01 19 · office@go-medics.eu · www.go-medics.eu FN637661m · Landesgericht für ZRS Graz · UID ATU81254937

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

GO-Medics-Paket / Anmelde- bzw. Auftragsnummer / Beschreibung der Dienstleistung _____ _____
Bestellt am (*) / Vertragsabschluss am _____
Name des/der Verbraucher(s) _____ _____
Anschrift des/der Verbraucher(s) _____ _____
Unterschrift des/der Verbraucher(s) – nur bei Mitteilung auf Papier _____
Datum _____

(*) Unzutreffendes streichen. Eine Unterschrift ist bei einer Rücktrittserklärung per E-Mail nicht erforderlich. Die Verwendung dieses Formulars ist freiwillig; eine andere eindeutige Erklärung genügt.

Schneller online: www.go-medics.eu/de/widerruf („Vertrag widerrufen“ in der Fußzeile jeder Seite) – Sie erhalten sofort eine Eingangsbestätigung mit Datum und Uhrzeit per E-Mail.

Formular und Rücktritt: FAGG, Anhang I Teil B und § 13 (https://www.ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20008847)