

# **Muster-Widerrufsformular**

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

An:

Waffen Lohmann  
Roonstr.3-5  
46535 Dinslaken

Telefon: +49(0)2064 15050

Telefax: +49(0)2064 15066

Mobil: +49(0)171 3802297

Mail: waffen-lohmann@t-online.de

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)

---

---

---

Datum

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

---

(\*) Unzutreffendes streichen