**Muster-Widerrufsformular**

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

An

VERLAG ORTHOPÄDIE TECHNIK

als Eigen­ein­rich­tung des Bun­des­in­nungs­ver­ban­des für Ortho­pä­die-Tech­nik (Rechts­trä­ger)

Reinoldistr. 7-9

44135 Dortmund

Telefon: 0231/557050-50

Telefax: 0231/557050-70

E-Mail: bestellung@biv-ot.org

**Postadresse**

Postfach 10 06 51, 44006 Dortmund

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