

WIDERRUFSFORMULAR

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

FALKE-KASSEN

Mozartstraße 3

26215 Wiefelstede

Tel.: +49 (0) 4402 - 6069-6

Fax: +49 (0) 4402 - 6069-7

E-Mail: vertrieb@falke-kassen.de

Verbraucher (Kunde):

Kundennummer: _____

Rechnungsnummer: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

bestellt am: _____

erhalten am: _____

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

Rücksendegründe:

Artikel falsch bestellt	01	Stückzahl falsch	05
Artikel nicht bestellt	02	Doppellieferung	06
Artikel falsch gepackt	03	Preisabweichung	07
Artikel gefällt nicht	04	Ungenügende Beschreibung	08

Bei diesen Punkten ist eine nähere Erläuterung bzw. Fehlerbeschreibung dringend erforderlich:

Transportschaden	09
Technischer Defekt	10
Sonstige Gründe	11

Menge	Artikelnummer	Grund	(Ggf.) Fehlerbeschreibung	Gewünscht
				<input type="checkbox"/> Tausch <input type="checkbox"/> Gutschrift
				<input type="checkbox"/> Tausch <input type="checkbox"/> Gutschrift
				<input type="checkbox"/> Tausch <input type="checkbox"/> Gutschrift
				<input type="checkbox"/> Tausch <input type="checkbox"/> Gutschrift
				<input type="checkbox"/> Tausch <input type="checkbox"/> Gutschrift
				<input type="checkbox"/> Tausch <input type="checkbox"/> Gutschrift

Ort, Datum: _____

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