

## Widerruf

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann senden Sie bitte dieses Formular ausgefüllt an uns zurück.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bestellt am

Erhalten am

Bestellnummer

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

---

Datum, Unterschrift

**geschäftsführung** Olaf Kandt

**mobil** +49 (0) 171 31 92 839 **fon** +49 (0) 40 550 069 83 **fax** +49 (0) 40 550 073 48

**anschrift** Hasloher Weg 1e, D-25474 Bönningstedt **web** [www.okamed.de](http://www.okamed.de) **mail** [info@okamed.de](mailto:info@okamed.de)

**iban** DE49200700240749107900 **bic** DEUTDE33HAN **konto** 749 107 900 **blz** 200 700 24 Deutsche Bank

**steuernummer** 18/291/19727 **umsatzsteuer-id** DE287245714