

**Muster-Widerrufsformular gem. Art. 246a § 1 Abs. 2 Nr. 1 und § 2 Abs. 2 Nr. 2 EGBGB**

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

An  
Medicals Direct Deutschland GmbH  
Am Schammacher Feld 21  
85567 Grafing bei München

Telefon: 08092 - 863 550  
Telefax: 08092- 851 97 69

Email: bin-ich@versicher-bar.com

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

Bestellt am \_\_\_\_\_

Name des/der Besteller \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_