

## Muster-Widerrufsformular

---

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

*Lensprofi Company GmbH  
Mussinanstraße 7  
D-94315 Straubing  
Tel.: 0049 (0) 9421 1888270  
Fax: 0049 (0) 9421 18882710  
E-Mail: [info@lensprofi.de](mailto:info@lensprofi.de)*

-----

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

---

---

---

---

---

*Bestellt am (\*)* \_\_\_\_\_

*Erhalten am (\*)* \_\_\_\_\_

*Name des/der Verbraucher(s)* \_\_\_\_\_

*Anschrift des/der Verbraucher(s)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

*Datum*

*Unterschrift des/der Verbraucher(s)*