*Absender, Anschrift, PLZ*

**DIE Fußexperten GmbH**

c/o MOSAIK-Werkstätten gGmbH

Alt-Reinickendorf 26

13407 Berlin

*Ort, Datum*

**Widerruf**

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

| Rechnungs-/Auftragsdatum: |
| --- |
| Name des/der Verbraucher(s): |
| Anschrift des/der Verbraucher(s): |
| ggf. Angabe vom Hersteller und Produktbezeichnung: |

Anmerkungen:

*Keine.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum, Unterschrift des/der Verbraucher(s)*