



## Muster-Widerrufsformular

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

An:  
Deutsche / Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V.  
Inselstraße 1  
10179 Berlin

Tel. 030- 2000 392 11  
Fax: 030- 2000 392 87  
Email: [info@dccv.de](mailto:info@dccv.de)

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

Bestell am:

Erhalten am:

Name des Verbrauchers:

Anschrift des Verbrauchers:

Unterschrift der/des Verbrauchers:

Datum:

\* *Unzutreffendes streichen.*