

## **Rücknahmeformular**

An:

Active life Inv., s.r.o. (GmbH)

p.o.box 15

911 01 Trenčín

Slowakei

Firmenbuchnummer: 51006766

UID: 212 055 3193

**Vorname und Nachname:**

**Adresse:**

**Bestellungsdatum:**

**Referenznummer:**

**Lieferdatum:**

**Der Grund der Rücknahme (nicht pflichtig):**

**Die Rückzahlung auf die folgende Bankkonto überweisen:**

Wenn Sie die Ware innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zurücksenden, ist es erforderlich, sie zusammen mit der Originalrechnung innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Bestellung an die oben genannte Adresse der Active life Inv., Gesellschaft zu senden. Wenn Sie für die Zusendung die elektronische Weg bevorzugen, senden Sie dieses Formular nach denn ausdrucken, mit Ihrer Unterschrift angescant an die [info@viarax.de](mailto:info@viarax.de).

In \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Kunden Unterschrift