

## Widerrufsformular

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

An

**Blinden- und Sehbehindertenverband Sachsen e. V.**

**Landeshilfsmittelzentrum**

**Louis-Braille-Str. 6, 01099 Dresden**

Fax. (0351) 80 90 627

E-Mail: [lhz@bsv-sachsen.de](mailto:lhz@bsv-sachsen.de)

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

---

---

---

---

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

erhalten am (\*): \_\_\_\_\_

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

Anschrift des/der Verbraucher(s):

---

---

---

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

\_\_\_\_\_

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen.