**Vertrags-Widerrufsformular** (füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es nur zurück, wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen. Das Formular muss ausgedruckt, unterschrieben und eingescannt an die unten angegebene E-Mail-Adresse gesendet oder dem Paket mit der zurückgesandten Ware beigelegt werden).  
Bitte senden Sie die zurückgesendete Ware z.B. per DHL an die Adresse:  
Na Roli 2148/29  
Jablonec nad Nisou 466 01  
Tschechische Republik  
zu Händen: Pavel Hataš  
E-Mail: [info@flixflox.cz](mailto:info@flixflox.cz)  
Tel: +420 725 191 721

Hiermit erkläre ich, dass ich in Übereinstimmung mit dem Gesetz Nr. 102/2014 Slg. über den Verbraucherschutz beim Verkauf von Waren oder der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen eines im Fernabsatz geschlossenen Vertrags oder eines außerhalb der Geschäftsräume des Verkäufers geschlossenen Vertrages und über Änderungen und Ergänzungen bestimmter Gesetze in der jeweils gültiger Fassung (im Folgenden "Gesetz über den Verbraucherschutz bei Fernabsatzverkauf" genannt) vom Vertrag zurücktrete:

**Adressat (Verkäufer):** www.FLIXFLOX.cz  
Gesellschaft: Barbora Hatašová  
Mit Sitz: Na Roli 2148/29  
 Jablonec nad Nisou 466 01  
 Tschechische Republik  
St.-IDNr./USt-IDNr.: 02575531/ CZ8555203272  
E-Mail-Adresse: [info@flixflox.cz](mailto:info@flixflox.cz)  
Telefonnummer: +420 725 191 721  
**Käufer:**

|  |  |
| --- | --- |
| Titel, Vor- und Nachname |  |
| Anschrift: |  |
| Telefonnummer und E-Mail-Adresse: |  |
| Bestell- und Rechnungsnummer: |  |
| Bestelldatum: |  |
| Datum des Warenerhalts: |  |
| Produkt, das ich zurückgebe oder reklamiere (Name und Code) |  |
| Als Kunde des Verkäufers beantrage ich, dass mein Rücktritt vom Vertrag wie folgt abgewickelt wird: |  |
| Ich möchte eine Rückerstattung auf mein Bankkonto (IBAN)/auf andere Weise erhalten. |  |

Hinweis für Verbraucher:  
Gemäß § 10 (4) des Gesetzes über den Verbraucherschutz im Fernabsatz ist der Verkäufer berechtigt, vom Verbraucher die Erstattung der Wertminderung der Ware zu verlangen, die durch eine solche Behandlung der Ware verursacht wurde, die über die zur Feststellung der Eigenschaften und der Funktionsweise der Ware erforderliche Behandlung hinausgeht.  
 Datum: ..................................................................

Unterschrift\*: ................................................................

(\* nur ausfüllen, wenn Sie uns das Formular in Papierform per Post zusenden)