

Muster-Widerrufsformular

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

An: Vollwerth-Apotheke
Inh. Sabine Vollwerth
Koblenzer Straße 24
57072 Siegen
Telefon: 0271/51843
Telefax: 0271/25176
info@vollwerth-apotheke.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.