

Muster Widerrufsformular

An _____

(hier ist die Apotheke anzugeben, von welcher Sie ein Produkt gekauft haben):

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf folgender
Waren/Dienstleistungen:

Bestellt am _____ Erhalten am _____

Meine Daten:

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Unterschrift

Ort, Datum