

Muster – Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück per Post oder per Mail an:

Postanschrift:

Apotheke Gutersonn e.K.

Silvan Gutersonn

Bahnhofstrasse 24

46414 Rhede

Mail:

info@apotheke-gutersonn.de

Hiermit widerrufe/n ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf er 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: