

Muster-Widerrufsformular

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

An
Luitpold Apotheke
mediherz.de
Postfach 1360
95148 Selbitz

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) _____

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

(*) Unzutreffendes streichen.