

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Apotheke z. hl. Andreas
Pollhammerstraße 3
3542 Gföhl
Österreich

E-Mail: office@apogfoehl.at

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 Verbrauchers/in:

Anschrift des/der Verbrauchers/in:

Datum

Unterschrift des/der Verbrauchers/in (nur bei Mitteilung auf Papier)

(*) Unzutreffendes streichen