

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Rosegger-Apotheke

Eschersheimer Landstr. 383

60320 Frankfurt

Tel: 069/561221; Fax 069/568390, E-Mail: info@roseggerapotheke.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

Anschrift

Datum _____

Unterschrift _____

(nur bei Mitteilung auf Papier erforderlich)

* Unzutreffendes bitte streichen.