**Muster-Widerrufsformular**

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

An

ApoSalis,

**Leine Apotheke Jakob Herzog e.K.,**

**Mergenthalerstraße 3**

**D-30880 Laatzen,**

**Fax: (0511) 89 71 80 11,**

**E-Mail:** [**info@aposalis.de**](mailto:info@aposalis.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 des / der Verbraucher(s) / Kd.Nr. (falls zur Hand)

Anschrift des / der Verbraucher(s)

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

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen.