

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.,
Ernst-August-Platz 2
D-30159 Hannover,

Fax: (0511) 89 71 80 11,

E-Mail: 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.