

# 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](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.