

Muster-Widerrufsformular

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

An
Gangolf-Apotheke
Fleischstr. 11
D-54290 Trier
Telefon: +49 651/40404
Telefax: +49 651/48928
E-Mail: ihre@gangolf-apotheke.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

bestellt am: _____

erhalten am: _____

Name des Verbrauchers: _____

Anschrift des Verbrauchers: _____

Datum

Unterschrift des Verbrauchers (nur bei Mitteilung auf Papier)