

Muster-Widerrufsformular

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

An

Gangolf-Apotheke
Fleischstr. 9-10
D-54290 Trier
Telefon: 0651/40404
Telefax: 0651/48928
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: _____

Unterschrift des Verbrauchers (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum: _____