

Widerrufsformular

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

Per Post an:
Neue Apotheke,
Ludwig-Sandberg-Str. 4
16225 Eberswalde

Per E-Mail an
info@die-apotheke.de

Per Fax an
0334 – 235108

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):

- Anschrift des/der Verbraucher(s):

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

Datum: _____

(*) Unzutreffendes streichen

Widerrufsformular

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

An

.....
.....
.....
.....

(Name, Anschrift, ggf. Telefaxnummer und E-Mailadresse des Unternehmers)

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

.....
.....

(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Ware bestellt am:

.....

Datum

Ware erhalten am:

.....

Datum

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....
.....
.....
.....

Datum

.....

Unterschrift Kunde (nur bei schriftlichem Widerruf)