

Muster-Widerrufsformular

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

An

Leine Apotheke,
Leine Apotheke Jakob Herzog e.K.,
Marktplatz 11
D-30880 Laatzen,

Telefon: (0511) 826282

Fax: (0511) 826768

E-Mail: Service@LeineApotheke.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.