

WIDERRUFSDFORMULAR

SCHLOSS-APOTHEKE AULENDORF

Wenn Sie eine Bestellung widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es uns zu.

An die
Schloss-Apotheke
Apotheker Matthias Stadler e.K.
Hauptstraße 53
D-88326 Aulendorf

Fax: +49-(0)7525-92310
info@schloss-apotheke-aulendorf.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren bzw. die Erbringung der folgenden Dienstleistungen:

bestellt am / erhalten am (unzutreffendes bitte streichen): _____

Vor- und Nachname des Verbrauchers: _____

Straße und Hausnummer des Verbrauchers: _____

Postleitzahl und Ort des Verbrauchers: _____

Telefonnummer für allfällige Rückfragen: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift (bei Mitteilung auf Papier): _____

