

WIDERRUFSDFORMULAR

SCHLOSS-APOTHEKE AULENDORF

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

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(n) ich / wir (unzutreffendes bitte streichen) den von mir / uns (unzutreffendes bitte streichen) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

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

Name des / der Verbraucher(s): _____

Anschrift des / der Verbraucher(s): _____

Telefonnummer für allfällige Rückfragen: _____

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

