

Muster-Widerrufsformular

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

An

Luitpold Apotheke
medikamente-per-klick.de
Luitpoldstraße 2
95138 Bad Steben

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)

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

(*) Unzutreffendes streichen.