

## 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  
Poststr. 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.