Muster-Widerrufsformular

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

An

Mc Medi Apotheke Delitzsch

Inhaber Frank Weichhan e.K

Eilenburger Str. 39

04509 Delitzsch

info@mc-medi-delitzsch.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren(*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistung(*):
.....

.....

.....

(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Ware bestellt am: .....

Datum Ware erhalten am: .....

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....

.....

.....

.....

Unterschrift Kunde (nur bei Mitteilung auf Papier) ..... Datum .....

(*) Unzutreffendes streichen.