

# Widerrufsformular

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

## An

Apotheke an der Poliklinik  
Graßdorfer Straße 13a  
04425 Taucha  
Fax: 034298-988878  
E-Mail: service@apo24.de

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.