

Muster-Widerrufsrecht-Formular

Widerrufsformular

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

apotheke butz

Mönsheimerstr. 50
71296 Heimsheim

Tel: 07033 46953-0

Fax 0703346953-29

Email: heimsheim@apobutz.de

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

Bestellt am (*)/erhalten am (*):

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

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

Datum _____

(* Unzutreffendes streichen