

Muster-Widerrufsformular

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

An die
Kur Apotheke
Apotheker Ralf Arafa e.K.
Drawehnertorstr. 31
29456 Hitzacker (Elbe)
Tel.: 05862/96700 Fax: 05863/967070 E-Mail: team@kur-apotheke-hitzacker.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) geschlossenen 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)

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

Datum

(*) Unzutreffendes streichen