

Widerrufsformular



Stadt-Apotheke Seligenstadt
Inhaber Thorsten Thieme e.K.
Marktplatz 4
63500 Seligenstadt
Tel.: +49 (0)6182-3308 Fax: +49 (0)6182-924777

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

An
Stadt-Apotheke Seligenstadt
Marktplatz 4
63500 Seligenstadt

Fax: 06182-924777
E-Mail: shop@onlineapotheke-seligenstadt.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/Vorname des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s)

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

(*) Unzutreffendes bitte streichen