



El-Hawari Apotheken

Zentrum-Apotheke | Die Apotheke im Ärztezentrum | Apotheke Heiliger Hain | Bären Apotheke
Wesendorf Wesendorf Wehrenholz Lachendorf

Widerrufsformular

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

An Zentrum Apotheke Wesendorf, Gifhorner Straße 9,
29392 Wesendorf, Fax:05376-1489, Tel.:05376-97800,
E-Mail: zentrum@apotheke-wesendorf.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 Bitte streichen