

B. Widerrufsformular

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

An

Obere Apotheke Dr. Klaus Schirmer e.U.
Inhaber: Dr. Klaus Schirmer
10.-Oktober-Straße 4
9500 Villach
Österreich

Fax: +43 (0) 4242 24128 - 8

E-Mail: obereapotheke9500@teamsante.at

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)

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

Datum

(*) Unzutreffendes streichen