

Widerrufungsformular

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

Cleemann-Apotheke
Sendlinger-Tor-Platz 8
80336 München
Inhaber: Alexandra Cleemann
Telefon: 089/23 54 59 10
Telefax: 089/23 54 59 09
E-Mail: info@cleemann-apotheke.de
Registernummer HRA 97579 Registergericht Amtsgericht München

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

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

Ihr Name:

Ihre Anschrift:

Kontaktdaten:

Datum & Unterschrift: