Schönhauser Apotheke
Danziger Straße 5
10435 Berlin

Muster-Widerrufsformular

Hiermit widerrufe ich* / widerrufen wir* den von mir* / von uns*
abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren* / die Erbringung
der folgenden Dienstleistungen*:

bestellt am* / erhalten am*

* Unzutreffendes bitte streichen

Meine Daten

Vorname

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

.....
Ort · Datum · Unterschrift

(Eine Unterschrift nur bei Mitteilung auf Papier nötig.)