

Widerrufsformular

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

Pestalozz Apotheke, Burkhard Sieper e.K.

Hauptstrasse 29

D-79540 Lörrach

Fon 0800 246 0276

Fax +49 7621 7700669

E-Mail info@pestalozzi.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir _____
den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren

Bestellt am _____ erhalten am _____

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____