

## Widerrufsformular

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

An  
Pestalozzi-Apotheke Burkhard Sieper e.K.  
Hauptstr. 29, 79540 Lörrach  
E-Mail: [shop@bio-apo.de](mailto:shop@bio-apo.de)  
Fax: 07621 77 00 669

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: