

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
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: