

Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann können Sie dazu dieses Formular nutzen und an uns faxen oder mailen:

Markt-Apotheke Greiff
Marktplatz 36
94094 Rothalmünster
Fax: 08533.9193129
E-Mail: shop@info-marktapotheke.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der nachfolgend benannten Waren:

Auftragsnummer: _____

Bestellt am: _____

Erhalten am: _____

Name und Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____
(bitte für etwaige Rückfragen angeben, vielen Dank)

Land: _____

Datum: _____

Unterschrift:
