

Widerrufsformular

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

An
Apotheke am Reumannplatz
Mag. pharm. Reinhard Scholda KG
Reumannplatz 16
1100 Wien

Fax: +43 1 604 13 98
E-Mail: shop@apotheke-reumannplatz.at

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):

Datum und Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

() Unzutreffendes bitte streichen*