

Widerrufsformular

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

An:

Online Apotheke CZ

Lékárna Petrovice s.r.o.

Geschäftsführer: Hanna Zeithammerová

Petrovice 118

CZ 40337 Petrovice

Tel.: +420 475 205 023

Mail: shop@online-apotheke-cz.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*)

Bestellt am _____ (*) / erhalten am _____ (*)

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s)

Datum

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

(*) Unzutreffendes streichen.