

Muster-Widerrufsformular

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

An:

MediosApotheke Anike Oleski e. Kfr.
Friedrichstraße 113a, 10117 Berlin
Deutschland

Telefon: 030 2833530

Fax: 030 2833630

E-Mail: info@mediosapotheke.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):

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

Datum:

(*) Unzutreffendes streichen