

# Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es via Fax, E-Mail oder Post zurück an:

Stifts-Apotheke Gall-Reidlinger OG, Hauptstraße 1, 8813 Sankt Lambrecht

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

---

---

---

---

Bestellt am: \_\_\_\_\_, erhalten am: \_\_\_\_\_

Name des Verbrauchers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Verbrauchers: \_\_\_\_\_

---

Datum

Unterschrift des Verbrauchers (nur bei Mitteilung auf Papier)