

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Ludgeri Apotheke
Dr. Paul Schulte e.K.
Windthorststraße 65
48143 Münster

Telefon: 0251/44456
Telefax: 0251/51213
Email: info@ludgeriapotheke.de

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

Bestellt am (*)/erhalten am (*)

Kundennummer:

Name des/der Verbraucher(s) Anschrift des/der Verbraucher(s)

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

Datum

(*) Unzutreffendes streichen.