

Muster-Widerrufsformular

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

Mc Medi Apotheke

Karl-Rothe-Str. 9

04105 Leipzig

Fax: 0341-56127989

info@mc-medi.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(*)

Beschreibung (Artikel)
.....

Name des Verbrauchers:

Anschrift des Verbrauchers

Unterschrift des Verbrauchers

Datum