

Muster-Widerrufsformular

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

An

Mc Medi Apotheke

Inhaber Carsten Schmidt e.K.

Karl-Rothe-Str. 9

04107 Leipzig

gohlis@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(*):

.....
.....
.....

(Name der Ware, ggf. Bestellnummer und Preis)

Ware bestellt am:

Datum Ware erhalten am:

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....
.....
.....
.....

Unterschrift Kunde (nur bei Mitteilung auf Papier) Datum

(*) Unzutreffendes streichen.