

Widerrufsformular

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

– An: Burgenland Apotheke Mag. pharm. Tesar KG, Rathausplatz 6, A-7011 Siegendorf, Österreich gesetzlich vertreten durch Mag. pharm. Tesar
Tel.: +43 2687 48277 E-Mail: info@apotheke-siegendorf.at

– 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.