

Widerrufsformular

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

An
Sophien-Apotheke
Inhaber Dr. Andreas Kiefer e.K.
Brenderweg 216
56070 Koblenz
Fax: 02 61 – 80 35 06
E-Mail: zentrale@sophien-apo.de

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

Bestellt am:

Erhalten am:

Name:

Anschrift:

Ihre E-Mail-Adresse:

Widerrufsdatum:

Widerruf erklären