

## Widerrufsformular

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

An  
Stadt Apotheke MACHE Ruit e.K.  
Kirchheimer Str. 27  
73760 Ostfildern

***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:

.....

Datum

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....

.....

.....

.....

Datum

.....

Unterschrift Kunde

*(nur bei schriftlichem Widerruf)*