

Muster Widerrufsformular Balance Apotheke OG

An

Balance Apotheke OG
Meischlgasse 15
1230 Wien
Telefonnummer: (+43) 01662 20 24
Telefaxnummer:(+43) 01662 20 24 - 20
E-Mail-Adresse: office@balance-apotheke.at

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

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

/die Erbringung der folgenden Dienstleistungen (*): _____.

Bestellt am (*) _____/erhalten am (*) _____.

Name des Bestellers/ der
Bestellerin:

Anschrift des Bestellers/ der
Bestellerin:

Ort, Datum

**Unterschrift des Bestellers/ der
Bestellerin** (nur bei Mitteilung auf Papier)

(*) Unzutreffendes streichen.