

An:

BezirksApotheke Melanie Dolfen

Rathausstraße 5; 10178 Berlin

Deutschland

Telefon: 030 275 830 83

Fax: 030 275 83084

E-Mail: mail@bezirksapotheke.de

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