

Widerrufsformular

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

An: Schloss Apotheke Rust,
Apotheker Johannes Lehmann e.K.,
Karl-Friedrichstrasse 6 in 77977 Rust.
Tel 07822 865170, Fax 07822/865172
email: service@schlossapotheke-rust.de

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

Bestellt am: _____ **oder** erhalten am: _____

Name und Adresse:

Unterschrift (nur bei papierhafter Übersendung)