

Muster-Widerrufsformular

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

An:

- Lehmanns Apotheke am Rathaus, Kölner Str. 19-21, 57439 Attendorn
- Lehmanns Apotheke Schwalbenohl, Lübecker Str. 10, 57439 Attendorn
- Lehmanns Apotheke Neuer Weg, Neuer Weg 6, 58849 Herscheid
- Lehmanns Apotheke Am Nocken, Am Nocken 4, 58840 Plettenberg

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.