

Widerrufsformular

Wenn Sie den mit der Apotheke Zur Rose geschlossenen Kaufvertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es an:

Johannes Ulrich Nachtsheim e. K., Zweigniederlassung: Apotheke Zur Rose, Thüringer Straße 29, 06112 Halle (Saale), Deutschland

per Fax: 0800 / 29 35 02 oder per E-Mail: service@zurrose.at:

Kundennummer	E-Mail
Vorname	Nachname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

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

Bestellnummer (falls vorhanden)	Rechnungsnummer (falls vorhanden)
---------------------------------	-----------------------------------

Alle Artikel aus dieser Bestellung

Folgende Artikel aus dieser Bestellung

Bestellt am:	Erhalten am:
--------------	--------------

Datum

Unterschrift