**Widerrufsformular**

 An:

 Aartal-Apotheke, Inh. Dr. Philipp Hoffmann, e.K., Brückenstraße 18, 65623 Hahnstätten,

 Telefax: (06430) 912515, E-Mail: info@fixmedika.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.