**Widerrufsformular**

An:

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

Telefax: (06430) 912515, E-Mail: [info@fixmedika.de](mailto: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.