

WIDERRUFSFORMULAR

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

An die
Internationale Apotheke,
Kärntner Ring 17,
1010 Wien, Österreich

E: mail@aidlab.at

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

Bestellt am (*)/erhalten am(*):

Rechnungsnummer/Kundennummer:

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum:

(*) Unzutreffendes streichen.