

Falls Sie den Kaufvertrag mit uns widerrufen möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an uns zurück, Danke.

## Widerrufserklärung

Dünsberg-Apotheke  
Isabelle L'Allemand

Am Schindwasen 4  
35444 Biebortal

Telefon: 06409 6627833  
Fax: 06409 6627834  
E-Mail: [bestellung@blutegelapotheke.de](mailto:bestellung@blutegelapotheke.de)

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Kaufvertrag.

Anzahl	Artikel/nr.	Bestelldatum	Lieferdatum
--------	-------------	--------------	-------------

---

---

---

Grund für die Rückgabe (falls gewünscht)

---

Mein Name/Vorname

---

Meine Anschrift

---

PLZ, Ort

---

Datum, Unterschrift

---

**Sie können uns diese Erklärung in jeder Form und auf jedem Weg zukommen lassen.**