

Muster-Widerrufsformular

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

An Volksversand Versandapotheke s.r.o., Postfach 60 03 25, D-58139 Hagen, Telefax:
02331-3772106, E-Mail: kundenservice@volksversand.de

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

- Bestellt am (*)/erhalten am:

- Name des/der Verbraucher(s):

- Unterschrift des/der Verbraucher(s):

(nur bei Mitteilung auf Papier)

- Datum:

(*) Unzutreffendes streichen.