

Widerrufsformular

An:

Apotheke 'zur Austria'
A-1090 Wien
Währinger Straße 18
Fax: 01 / 317 93 29 Dw. 50
E-Mail: office@austriaapo.at

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

Bestellt am (*):

Erhalten am (*):

Ihr Name und Anschrift:

Datum und Unterschrift

(Unterschrift nur bei Mitteilung per Papier):

(*) Unzutreffendes bitte streichen.