

## Muster-Widerrufsformular

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

An  
Internationale Ludwigs-Apotheke  
Neuhauser Straße 11  
80331 München

Fax: 089 - 55 05 07 111  
Email: info@ludwigsapo.de

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

---

---

---

---

---

Bestellt am \_\_\_\_\_ erhalten am \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

---

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

(\*) Unzutreffendes streichen