

Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück an:

Dr. Claus Pharma GmbH
Jakobsgasse 26
72070 Tübingen

Mail: info@drclauspharma.com

Fax: 07071-9208234

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

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

Name des/ der Verbraucher(s):

Anschrift des/ der Verbraucher(s):

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

Datum:

(*) Unzutreffendes streichen