

An

**Landapotheke Mag. pharm. Mariella Köllinger-Müller KG**

Kirchbacherstraße 5

8431 Gralla

Tel.: +43 (0) 3452 73 700

Fax: +43 (0) 3452 73 700-12

E-Mail: [info@landapotheke.at](mailto:info@landapotheke.at)

Website: [www.landapotheke.at](http://www.landapotheke.at)

## Muster-Widerrufsformular

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

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

Artikelbezeichnung

Bestellt am (\*) / erhalten am (\*)

Rechnungsnummer

Name des/der Verbraucher(s)

Anschrift des/der Verbraucher(s)

---

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

---

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen.