Flora Apotheke
HANNOVER
PHARMACIE INTERNATIONAL - APOTHEKER P. DOMHARDT

Flora Apotheke
Apotheker Peter Domhardt e.K.
Friesenstr. 24 a
30161 Hannover

WIDERRUFSFORMULAR

Wenn Sie den mit der Flora Apotheke geschlossenen Kaufvertrag widerrufen wollen, dann können Sie dieses Formular ausdrucken, ausfüllen und der Flora Apotheke an oben angegebene Adresse per ausreichend frankiertem Postbrief oder per Fax an 0511/332642 zusenden.
Alternativ können Sie auch eine Email an mail@flora-pharm.de senden oder uns während unserer Geschäftszeiten unter 0511/341387 anrufen.

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

(*) unzutreffendes bitte streichen

Vorname, Nachname	Rechnungsnummer (falls vorhanden):
Straße, Hausnummer	Bestellt am:
PLZ, Ort	Erhalten am:

O Alle Artikel dieser Bestellung

O Folgende Artikel:

Telefon
Email

Grund Ihres Widerrufes (freiwillige Angabe) z.B. Unverträglichkeit, Unzufriedenheit, sonstige Gründe

Ort, Datum **Unterschrift**