Muster-Widerrufsformular

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

An
PSN Pharma-Service-Nord GmbH
Novgorodstraße 12
23560 Lübeck
Fax: 0451-58598 2450
E-Mail: spinnrad@psn.de

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bestellt am: Erhalten am:

_____

Vor- u. Nachname:

_____

Straße u. Hausnummer: PLZ:

_____

Unterschrift des/der Verbraucher(s):

_____

Datum:

_____