

## Muster-Widerrufsformular

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

An  
Die Apotheke am Dermatologikum  
Stephansplatz 1-5  
20354 Hamburg

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

---

---

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

Name des/der Verbraucher: \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher: \_\_\_\_\_

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

(\*) Unzutreffendes bitte streichen