

# Widerrufsformular

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

An  
Arcaden Apotheke  
Lüneburger Straße 45  
21073 Hamburg  
Deutschland

E-Mail: [info@arcaden-apotheke.de](mailto:info@arcaden-apotheke.de)

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

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

Kundennummer oder Vertragsnummer

Name des/der Verbraucher/s

Anschrift des/der Verbraucher/s

Datum

Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier)

(\*) Unzutreffendes streichen