

Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen möchten, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es mit der Ware an uns zurück.

Rücksendung an:

antares-apotheke Pharma Service
Thomas Hintz e.K.
Albert-Schweitzer-Ring 22
22045 Hamburg

E-Mail: **apotheke@aps-hh.de**

Fax: **040-523 889-405**

Kundennummer:

Auftragsnummer:

Bestelldaten:

Vorname, Nachname

Anschrift

E-Mail

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:					
Artikel-Nr.	Artikelname	Menge	Bestellt am	Erhalten am	Rücksendegrund

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Fernabsatzverträgen zur Lieferung von Waren, die nicht vorgefertigt sind und für deren Herstellung eine individuelle Auswahl oder Bestimmung durch den Verbraucher maßgeblich ist oder die eindeutig auf die persönlichen Bedürfnisse des Verbrauchers zugeschnitten sind.

Das Widerrufsrecht besteht nicht zur Lieferung von Waren, die schnell verderben können oder deren Verfallsdatum schnell überschritten würde. Das Widerrufsrecht besteht nicht zur Lieferung versiegelter Waren, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder der Hygiene nicht zur Rückgabe geeignet sind, wenn ihre Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde.

Datum, Unterschrift des Verbrauchers (nur bei Mitteilung auf Papier)

(*) Unzutreffendes streichen