

## Muster-Widerrufsformular

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

An:

Solitude-Apotheke Christoph Gulde

Pforzheimer Str. 365  
70499 Stuttgart

Fax: 0711-13 99 99-30  
E-Mail: [pharmazie@solitude-apotheke.de](mailto:pharmazie@solitude-apotheke.de)

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(s):

---

Anschrift des / der Verbraucher(s):

---

Ort, Datum & Unterschrift des / der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier):

---

(\*) Unzutreffendes bitte streichen.