



WIDERRUFSFORMULAR

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

An die

Internationale Apotheke F. Wisinger Inh. Dr. et Mr. Marguerite Fadrus, geb. Stumpf, OG
Kärntner Ring 17
1010 Wien
Österreich

T: +43 1 5122825

E: mail@aidlab.at

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

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

Rechnungsnummer/Kundennummer:

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum:

(*) Unzutreffendes streichen.