mein Pharma versand
Ihr günstiger Arzneimittelversand

Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen möchten, können Sie dieses Formular verwenden und senden es zurück an:

Anschrift: Versandapotheke meinPharmaversand - City Apotheke
Bahnhofstrasse 20, 21614 Buxtehude
Telefax: 0 41 61 / 55 82 45
E-mail: service@meinpharmaversand.de

Absender / Persönliche Daten:

Name, Vorname

Anschrift / PLZ, Ort

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über den Kauf folgender Waren:

Pos.	PZN	Bezeichnung	Menge

erhalten am

Rechnungs-Nr.

Datum

Unterschrift