Widerrufsformular

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

MEDICOM Pharma GmbH
Abteilung Kundendienst
Sedemünder 2
31832 Springe

Tel: 0800 - 50 400 50
Fax: 0800 - 73 77 700
E-Mail: info@medicom.de

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

_____

_____

_____

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

Fügen Sie Ihren Namen, Ihre Anschrift, Ihre Telefonnummer und Ihre E-Mail-Adresse ein: _____

_____

_____

_____

Grund der Rückgabe (**): _____

_____

_____ _____

Datum Unterschrift des/der Verbraucher(s)

(*) Unzutreffendes bitte streichen
(**) Bei der Rücknahme von Arzneimitteln im Rahmen des Widerrufsrechts sind wir verpflichtet, Sie nach dem Grund der Rückgabe zu fragen. Sie müssen nur dann einen Grund angeben, sofern der Widerruf aufgrund von Nebenwirkungen erfolgt.