

# Widerrufsformular



Ihre deutsche Versand- und regionale Zustellapotheke

**Postapotheke-Euskirchen.de**

preisgünstig + zuverlässig + schnell

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

## Notwendige Angaben des Bestellers:

PZN	Artikelbezeichnung	Packungsinhalt	Menge

Bestellt am: \_\_\_\_\_

Belegnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Kundennummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Adresszusatz: \_\_\_\_\_

Straße | Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie Ihren Widerruf per E-Mail an: [info@postapotheke-euskirchen.de](mailto:info@postapotheke-euskirchen.de)  
per Fax an: 02251 / 77 96 61 oder per Post an: Post Apotheke, Oststr. 1-5, 53879 Euskirchen.

Wir bestätigen Ihnen den Eingang Ihres Widerrufs nach Erhalt.