

## WIDERRUFSFORMULAR

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

**HAD Apotheke Deutschland**  
**Niermannsweg 4-6**  
**40699 Erkrath-Untersfeldhaus**

Telefon: 0211 - 929 636 200

Telefax: 0211 - 929 636 28

E-Mail: [apoinfo@had-apotheke.de](mailto:apoinfo@had-apotheke.de)

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

---

Bestellt am (\*)

erhalten am (\*)

---

Name des/r Verbraucher(s)

---

Anschrift des/der Verbraucher(s)

---

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

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen