

Widerrufsformular

An:
cosMediqua
Mag. pharm. Adelheid Klinglmair
Starhembergstraße 10
4020 Linz

E-Mail:

Hiermit widerrufe(n) ich/wir _____

den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren:

Bestellt am: _____

Erhalten am: _____

Rechnungsnummer: _____

Kundennummer (falls vorhanden): _____

Name, Vorname: _____

Anschrift:

Datum / Unterschrift:

_____ / _____