

## WIDERRUFSFORMULAR

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

PSN Pharma-Service-Nord GmbH  
Novgorodstraße 12  
23560 Lübeck  
Fax: 0451-58598-2450

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

BEZEICHNUNG	GGF. BESTELLNUMMER	PREIS	WARE BESTELLT AM	WARE ERHALTEN AM

### Name und Anschrift des Verbrauchers

Vorname

Nachname

Straße Nr.

PLZ Ort

Datum

Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier)