**Widerrufsformular** 

*(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)*

An  
Genus Pharma s.r.o.

Bystrická 901

966 81 Žarnovica

Slowakei

Tel.: +421 907 310 900  
E-Mail: info@teddypharm.de

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

den Kauf der folgenden Waren (\*)/ die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*):

...........................................................................

...........................................................................

...........................................................................

Bestellnummer (\*): ..............................................

Bestellt am (\*): ....................................................

Erhalten am (\*): ....................................................

Name des/der Verbraucher(s): .........................................................

Anschrift des/der Verbraucher(s): ....................................................

....................................................

....................................................

...................... ...................... ................................

Ort Datum Unterschrift des/der Verbraucher(s)

*(nur bei Mitteilung auf Papier)*

*(\*) Unzutreffendes streichen.*