

## Widerrufsformular

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

MEDICOM Pharma GmbH      Fax:    0800 - 73 77 700  
Abteilung Kundendienst      E-Mail: info@medicom.de  
Sedemünder 2  
31832 Springe

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

---

---

---

---

Bestellt am(\*)/ erhalten am(\*): \_\_\_\_\_

Name des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

---

---

Grund der Rückgabe (\*\*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verbraucher(s)

*(\*) Unzutreffendes bitte streichen*

*(\*\*) Bei der Rücknahme von Arzneimitteln im Rahmen des Widerrufsrechts sind wir verpflichtet, Sie nach dem Grund der Rückgabe zu fragen. Sie müssen nur dann einen Grund angeben, sofern der Widerruf aufgrund von Nebenwirkungen erfolgt.*