

An die  
**Pharmawell GmbH**  
Khleslplatz 1  
A-1120 Wien

## **Widerrufserklärung**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Zahlungsart: \_\_\_\_\_

IBAN (nur auszufüllen wenn Produkt per Nachnahme bezahlt wurde):

\_\_\_\_\_

BIC (nur auszufüllen wenn Produkt per Nachnahme bezahlt wurde):

\_\_\_\_\_

Produkte erhalten am: \_\_\_\_\_

Hiermit möchte ich für den Kauf der folgenden Produkte, welche ich vor weniger als 14 (vierzehn) Tagen erhalten habe, den Rücktritt erklären:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich sende die Produkte auf meine Kosten schnellstmöglich, jedoch jedenfalls innerhalb von 14 Tagen nach absenden dieses Schreibens an die oben angegebene Adresse der Pharmawell GmbH zurück.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift