

Widerrufsformular

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

- An

*CROMA-PHARMA GmbH
Industriezeile 6
2100 Leobendorf
Austria
Tel.: +43 2262 684 68-0
Fax: +43 2262 684 68-15
Email: office@croma.at*

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

-Bestellt am (*)/erhalten am (*)

-Name des/der Verbraucher(s)

-Anschrift des/der Verbraucher(s)

-Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

-Datum

(*) Unzutreffendes streichen.