

Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen wollen, füllen Sie bitte das nachfolgende Formular aus und senden Sie es per Email oder auf dem Postweg an:

Clinique
Neue Poststr. 330
08496 Neumark
Die Rücksendeadresse bitte ausschließlich bei Rücksendungen mit DHL verwenden.

Kontaktieren Sie uns per [E-Mail](#)

WIDERRUFSERKLÄRUNG

Clinique
Neue Poststr. 330
08496 Neumark
Die Rücksendeadresse bitte ausschließlich bei Rücksendungen mit DHL verwenden.

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

Bestellt am _____ Erhalten am _____

Persönliche Angaben

Name _____
Anschrift _____

Ort, Datum

Unterschrift

(*) Unzutreffendes streichen.