

## Widerrufsformular

An

**Apocompany**

Klara-M.-Faßbinder-Str. 19

53121 Bonn

Deutschland

E-Mail: service@apocompany.de

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

Artikel:

1. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

2. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

3. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

4. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

5. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

6. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

7. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

8. PZN: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

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

Name des / der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_ Kd-Nr.: \_\_\_\_\_  
fals zur Hand

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

Datum \_\_\_\_\_

(\*) Unzutreffendes bitte streichen