

RETOURENFORMULAR

Bitte ausfüllen und der Rücksendung eine Rechnungskopie beilegen!



Rechnung Nr.

Ich sende folgende Artikel zurück:

Menge	Artikel	Retourengrund/Wichtig

Bitte unbedingt beachten bei Rücksendung von Artikeln innerhalb der 14-tägigen Widerrufsfrist:

Kosmetik-Artikel bitte nur mit völlig unbeschädigten Versiegelungen unter anderem durch Verschweißung mit Klarsichtfolie (wie bei der Auslieferung) zurücksenden. Artikel mit geöffneter Versiegelung und/oder benutzte Produkte, können aus hygienischen Gründen **NICHT** mehr verkauft werden und sind daher vom 14 tägigen Widerrufsrecht ausgenommen!

Ich wünsche eine Erstattung innerhalb der 14-tägigen Widerrufsfrist.
(Gilt nur für Kosmetikprodukte mit völlig einwandfreier Versiegelung, Schutzfolie und/oder Verpackung, andernfalls ist ein Widerruf leider nicht möglich! Rückversandkosten sind **IMMER** durch den Kunden zu tragen, unabhängig vom Warenwert. Unfreie Lieferungen werden nicht angenommen.)

www.schwerin-apotheke.de

WESTSTADT-APOTHEKE

Inhaberin: Gabriele Kannt e.K.
Johannes - Brahms - Straße 63
19059 Schwerin

Telefon : 0385 / 731340
Fax: 0385 / 731345
Mail: info@schwerin-apotheke.de

BANK: Deutsche Kreditbank AG
IBAN: DE77 1203 0000 1030 0084 76
BIC: BYLADEM 1001

Amtsgericht Schwerin: HRA 157
Steuernummer: 090 / 237 / 04916