WIDERRUFSFORMULAR
(Füllen Sie dieses Formular bitte nur aus und senden Sie es zurück, wenn Sie vom Vertrag zurücktreten möchten)

An:
Firmenname: PharmaHemp d.o.o.
Adresse: Cesta v Gorice 8, 1000 Ljubljana, Slovenia / EU
E-Mail-Adresse: store@pharma-hemp.com
Telefonnummer: +386 1 6207 823

Hiermit teile ich mit, dass ich meinen Kaufvertrag über die folgenden Waren widerrufe:

Produktname(n): .....

.....

Artikelnummer/ID: .....

.....

Bestellnummer: .....
Bestellt am (Datum): ..... Erhalten am (Datum): .....

KUNDENDATEN
Name des Verbrauchers: .....
Adresse des Verbrauchers: .....
E-Mail-Adresse: ..... Telefonnummer: .....

GRUND FÜR DIE RÜCKSENDUNG
(optional – hilft uns, uns zu verbessern)
[ ] Ich habe es mir anders überlegt [ ] Falsche Größe/Farbe [ ] Artikel defekt oder beschädigt [ ] Entspricht nicht der Beschreibung [ ] Zu spät angekommen
[ ] Sonstiges: .....

.....

RÜCKERSTATTUNGSART
Rückerstattungen erfolgen automatisch über die ursprüngliche Zahlungsmethode. Falls Sie andere Modalitäten wünschen (vorbehaltlich der Geschäftsbedingungen), geben Sie diese bitte hier an: .....

.....

UNTERSCHRIFT
(Nur erforderlich, wenn dieses Formular in ausgedruckter Papierform eingereicht wird)

Unterschrift des Verbrauchers: ..... Datum: .....

(*) *Bitte Zutreffendes ankreuzen.*