

An  
**Gall Pharma GmbH**  
Grünhüblgasse 25  
A-8750 Judenburg  
Tel.: +43 (0) 3572/86996  
Fax: +43 (0) 3572/86996 9  
Mail: reklamation@gall.co.at  
Web: www.gall.co.at

## Muster-Widerrufsformular

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

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

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

Name des/der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verbraucher(s)

\_\_\_\_\_  
Datum

(\*) Unzutreffendes streichen