

## **Widerrufsbelehrung**

### **Widerrufsrecht**

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die Ware(n) in Besitz genommen hat. Es gilt hierbei als vereinbart, dass unter der von Ihnen angegebenen Lieferadresse angetroffene Personen zur Entgegennahme berechtigt sind. Im Falle von vereinbarten Teillieferungen beginnt die Frist am Tag, an dem die letzte Ware(n) der Bestellung in Empfang genommen worden ist.

Um Ihr Widerspruchsrecht auszuüben, müssen Sie uns mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder Email) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Dieses Schreiben ist zu richten an: Apothekerin Dr. Michaela Galle-Schumann, e.Kffr., Engel-Apotheke, Nebelhornstr. 1, 87561 Oberstdorf. Fax:08322 6917, Email: [info.eao@gmx.de](mailto:info.eao@gmx.de).

Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

### **Folgen des Widerrufs**

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrages bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Ware zurückerhalten haben, oder bis Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Ware(n) zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist.

Sie haben die Waren unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrags unterrichten, an Apothekerin Dr. Michaela Galle-Schumann, e.Kffr., Engel-Apotheke, Nebelhornstr. 1, 87561 Oberstdorf zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von vierzehn Tagen absenden. Sie tragen die unmittelbaren Kosten der Rücksendung, wenn die Ware der bestellten entspricht, und der Verkaufspreis der zurückgesendeten Ware geringer als Euro 40,00 ist. Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Ware(n) nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

**Muster-Widerrufsformular**

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

An Apothekerin Dr. Michaela Galle-Schumann, e.Kffr., Engel-Apotheke, Nebelhornstr. 1, 87561 Oberstdorf. Fax:08322 6917, Email: [info.eao@gmx.de](mailto:info.eao@gmx.de).

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

.....

Bestellt am..... Erhalten am:.....

Name des/der Verbraucher: .....

Anschrift des/der Verbraucher: .....

Unterschrift des/der Verbraucher: ..... (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum:.....

(\*) Unzutreffendes streichen