



RÜCKGABEFORMULAR

Vorname: _____

Nachname: _____

E-Mail Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Bestellnummer: _____

Kaufdatum: _____

Bitte überweisen Sie das Geld auf das Bankkonto:

(Erstattung ist nur auf das Bankkonto des Kunden möglich)

Bezeichnung der Bank.....

BANKKONTONUMMER (IBAN)

	Produkt	Menge
1.		
2.		

Ich erkläre, dass mir die Bedingungen für die Rückgabe des Produkts bekannt sind, die in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Shops, verfügbar auf der Shop-Website www.mybestpharm.de, aufgeführt sind.

.....
Datum und Unterschrift des Kunden
(nur wenn das Formular in Papierform eingereicht wird)