

Absender:

---

---

---

**Bloomwell GmbH**  
Lindleystraße 8A  
60314 Frankfurt am Main

**Widerrufserklärung**

Hiermit widerrufe ich \_\_\_\_\_ den von mir abgeschlossenen Vertrag über  
*(bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)*

( ) den Kauf der folgenden Arzneimittel unter Angabe der Bestellnummer und des  
Bestelldatums:

---

---

( ) die Erbringung der folgenden Dienstleistung unter Angabe der Art, des Datums und des  
behandelnden Arztes:

---

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_