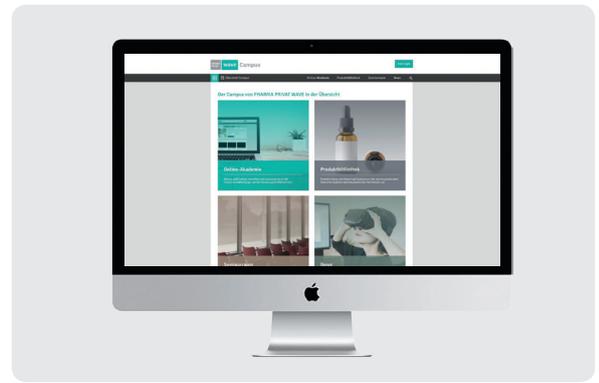


PHARMA  
PRIVAT

**wave** Campus



Bitte faxen Sie das Widerrufsformular an folgende

**Fax-Nummer 0931 780115-10**

## Anschrift

**A-plus Service GmbH  
Im Kreuz 9  
97076 Würzburg**

## Persönliche Angaben

**Hiermit widerrufe ich den von mir geschlossenen  
Vertrag über den Kauf folgender Waren**

**Bestellt am/erhalten am**  
(Unzutreffendes streichen)

**Ihr Name**  
(Vor- und Zuname)

**Anschrift**  
(Straße, PLZ, Ort)

**Unterschrift**  
(Unterschrift, Datum)

### PHARMA PRIVAT WAVE

A-plus Service GmbH · Im Kreuz 9 · 97076 Würzburg · Telefon 0931 780115-0 · Telefax 0931 780115-10 · [info@erfolg-fuer-apotheken.de](mailto:info@erfolg-fuer-apotheken.de)  
Weitere Informationen unter [www.erfolg-fuer-apotheken.de/campus](http://www.erfolg-fuer-apotheken.de/campus)