

Das nachfolgende aufgeführte Widerrufsrecht besteht nicht, wenn die von Ihnen bestellte Ware für gewerbliche oder selbständige berufliche Tätigkeit verwendet werden soll.

## Widerrufsbelehrung

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 Waren bzw die letzte Teilsendung in Besitz genommen haben bzw. hat. Im Fall eines Dienstleistungsvertrages beträgt die Widerrufsfrist vierzehn Tage ab Vertragsabschluss. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns IPL-Shop | Artemedical GmbH mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. 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.

Der Widerruf ist zu richten an  
Artemedical GmbH  
GF: Dr. Birgit Hansen  
Willibald-Alexis-Str. 39  
10965 Berlin

E-Mail: [shop@ipl-shop.de](mailto:shop@ipl-shop.de)  
Telefon: 030 621 69 26  
Fax: 030 695 64 905.

Für den Widerruf können Sie gerne das weiter unten zur Verfügung gestellte Widerrufsformblatt verwenden. Sie können aber auch formlos widerrufen.

## Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren und ggf. gezogene Nutzungen herauszugeben. Können Sie uns die empfangene Leistung ganz oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren, müssen Sie uns insoweit ggf. Wertersatz leisten. Dies kann bei Finanzdienstleistungen dazu führen, dass Sie die vertraglichen Zahlungsverpflichtungen für den Zeitraum bis zum Widerruf gleichwohl erfüllen müssen. Bei der Überlassung von Sachen gilt dies nicht, wenn die Verschlechterung der Sache ausschließlich auf deren Prüfung wie Sie Ihnen etwa im Ladengeschäft möglich gewesen wäre zurückzuführen ist. Im übrigen können Sie die Wertersatzpflicht vermeiden, indem Sie die Sache nicht wie Ihr Eigentum in Gebrauch nehmen und alles unterlassen, was deren Wert beeinträchtigt. Sie haben die Kosten der Rücksendung selbst zu tragen. Das gilt auch für nicht paketversandfähige Sachen. Diese lassen wir gerne bei Ihnen abholen. Die Kosten dafür tragen jedoch Sie.

Unsere Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 14 Tagen nach Eingang Ihres Widerrufs erfüllt werden.

Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufserklärung, für uns mit deren Empfang. Im Fall eines wirksamen Widerrufs bleibt unsere Pflicht zur Erstattung der Hinsendekosten gegenüber Verbrauchern bestehen.

Aus hygienischen Gründen sind laut Kosmetikverordnung (Stand 1997-2010) Kosmetika (i.e. Cremes, Lotionen, Gele etc.) nach Öffnung oder im Falle versiegelter Verpackungen nach Siegelbruch von Widerruf und Rücknahmepflicht ausgenommen. Sie können nicht erstattet werden.

Ende der Widerrufsbelehrung.

#### Widerrufsformular

Wenn sie einen Kauf bzw Vertrag widerrufen wollen, können Sie das Formular per copy/paste in ein Textverarbeitungsprogramm / E-Mail-Programm übernehmen oder mit einem der folgenden links herunterladen.

[Das Widerrufsformular als PDF-Datei herunterladen](#)

[Das Widerrufsformular als formatierte Text-Datei herunterladen](#)

Füllen Sie das Formular aus und senden oder faxen Sie es an folgende Adresse zurück:

artemedical GmbH  
GF: Dr. Birgit Hansen  
Wilibald-Alexis-Str. 39  
D-10965 Berlin

E-Mail: [shop@ipl-shop.de](mailto:shop@ipl-shop.de)  
Telefon: 030 621 69 26  
Fax: 030 695 64 905.

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

-----

-----  
Wenn möglich Auftrags-/oder Rechnungsnummer:

-----  
Bestellt am \_\_\_\_\_ /erhalten am \_\_\_\_\_

Name des/der Verbraucher(s)/Firma

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

-----  
-----  
-----

-----  
Datum            Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

-----  
(\* ) Unzutreffendes streichen