

Widerrufsformular

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

An

Dr. Henke Medical Training + Education
Falterstr. 55
04329 Leipzig

Tel. 0341 5949150
Fax: 0341 5949151
Mail: info@drhenke.de

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

Bestellt am (*)/erhalten am (*) _____

Name des/der Verbraucher(s) _____

Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

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

Datum: _____

(*) Unzutreffendes streichen.