

Muster-Widerrufsformular

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

Absender:

An

MEDIVERBUND AG

Liebknechtstraße 29

70565 Stuttgart

E-Mail: info@medi-verbund.de

Fax: 0711 608079-511

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über die Teilnahme an folgender Veranstaltung (*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistung (*), angemeldet am (*)/bestellt am (*), Name des/der Verbraucher(s), Anschrift des/der Verbraucher(s), Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum _____

Absender und Unterschrift