Muster-Widerrufsformular

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

An
StudiMed GmbH
Universitätsstraße 5
50937 Köln
Tel: 0221/997 685 01
Fax: 0221/997 685 03
Email: abmeldung@studimed.de

Hiermit widerrufe ich _____

den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung _____

Bestellt am _____ (Bestellungsdatum)

erhalten am _____ (Lieferdatum)

Name des Verbrauchers _____

Anschrift des Verbrauchers _____

_____

Unterschrift des Verbrauchers (nur bei Mitteilung auf Papier)

Datum