

Widerrufsformular

An

Praxis AtemPause – Alexandra Wojak & Dr. Lorenz Gilch GbR

Kapuzinerstr. 41

94474 Vilshofen

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: _____

_____ Bestellt am/erhalten am: _____

_____ Bestellt am/erhalten am: _____

_____ Bestellt am/erhalten am: _____

_____ Bestellt am/erhalten am: _____

_____ Bestellt am/erhalten am: _____

Name des/der Verbraucher(s): _____

Anschrift des/der Verbraucher(s): _____

Für Rückfragen: Email: _____

Telefon: _____

Datum

Unterschrift des/der Verbraucher(s)