

Widerrufsformular

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

An:

Empfänger: **SK Labs / Sven Kopp**

Adresse: Auguststr. 56, 26121 Oldenburg, Deutschland

E-Mail: info@arzttermin-suche.de

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

(Beschreibung der Dienstleistung)

Bestellt am (*): _____

Name des/der Verbraucher(s): _____

Anschrift des/der Verbraucher(s): _____

Datum

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

() Unzutreffendes streichen.*