

Muster-Widerrufsformular

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

–An:

Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
Akademie für Ärztliche Fortbildung
Lohmühlenstr. 5
20099 Hamburg
E-Mail: aerzteakademie@asklepios.com

–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.