

Widerrufsformular Produktkauf/Dienstleistung

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

An
Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2
50859 Köln

Telefon: +49 (0) 2234 – 7011 -335
Telefax: +49 (0) 2234 – 7011 -476
E-Mail: bestellungen@aerzteverlag.de

Ihre Kunden-Nr.: _____ (falls vorhanden bitte angeben)

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

Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge
Referenz	Rechnungs-/Lieferschein-Nr.: (falls vorhanden, bitte angeben)	

Bestellt am (*)/erhalten am (*) _____

Name des/der Verbraucher(s): _____

Anschrift des/der Verbraucher(s): _____

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

(*) Unzutreffendes streichen

