

Widerrufsformular

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

An

Verlag Systemische Medizin AG
Müllerstr. 7
93444 Bad Kötzting
Deutschland

Tel: (09941) 94 79 00 | Fax: (09941) 94 79 018
E-Mail: info@verlag-systemische-medizin.de

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)

Datum

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

(*) Unzutreffendes streichen