Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es an die folgende Adresse.)

An: Verlag Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

 Unter den Eichen 5

 65195 Wiesbaden

 Telefax: 0611/9746-228 oder -303

 E-Mail: abo-service@medical-tribune.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 Verbrauchers/der Verbraucherin/der Verbraucher

Anschrift des Verbrauchers/der Verbraucherin/der Verbraucher

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

Datum

*(\*) Unzutreffendes bitte streichen*