Widerrufsformular

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

-An
Zahnmedizinisches Institut
Dr. Burger und Partner GmbH
Rheinstraße 13
6800 Feldkirch

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.