

MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

Barbara Rösner – Praxis für Alterspsychologie
Im Hagen 15
34369 Hofgeismar

praxis@barbara-roesner.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung(en):

Bestellt am: _____

Bezeichnung der Dienstleistung: _____

Datum und Uhrzeit der gebuchten Dienstleistung: _____

Name des/der Klienten(in): _____

Anschrift des/der Klienten(in): _____

Unterschrift des Klienten (nur bei Mitteilung auf Papier): _____

Datum _____

Hinweis: Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt es, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Frist absenden.