

Widerrufsformular

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

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin, Deutschland,
FAX-Nummer: +49 30 39409689-9, E-Mail: info@dgss.org

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

Waren/ 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.