

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Deutsche Gesellschaft für Vorsorge mbH

Kampenwandstr. 81

83229 Aschau i. Ch.

E-Mail-Adresse: kundenservice@meinepatientenverfuegung.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):

Vorname: _____

Nachname: _____

Anschrift des/der Verbraucher(s):

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Datum

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

(*) Unzutreffendes bitte streichen