

# Muster-Widerrufsformular

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

An  
**Hautarztzentrum Kiel GmbH**  
**Alter Markt 1-2**  
**24103 Kiel**

Telefaxnummer: 0431 3801811  
E-Mail-Adresse: info@kiel-medical-academy.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistungen:

---

Bestellt am (\*)/erhalten am (\*)

---

Name des/der Verbraucher(s)

---

Anschrift des/der Verbraucher(s)

---

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

---

(\*) Unzutreffendes streichen.