

Widerrufsformular

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

An:
Praxis Donald Guß
Urbanstraße 29A
10967 Berlin

E-mail: office@praxisguss.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung

Auftragsnummer:

Bestellt am:

Name des Verbrauchers:

Anschrift des Verbrauchers:

Datum und Unterschrift des Verbrauchers