

Muster-Widerrufsformular

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

An:

Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V. (Difäm)
Merrit & Peter Renz Haus
Im Rotbad 46
72076 Tübingen

E-Mail: bestellungen@difaem.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)

Anschrift des/der Verbraucher(s)

_____ Datum

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

() Unzutreffendes streichen*