WIDERRUFSFORMULAR

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

- An [medizin-in-europa.de Studienplatzvermittlung GmbH, Flemmingstraße 2g, 09116 Chemnitz, Fax: +49 (0) 371 33 78 98 42, E-Mail: widerruf@medizin-in-europa.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)

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

- Datum

_____

(*) Unzutreffendes streichen