

## Widerrufs-Formular

Falls Sie den Vertrag mit uns widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular vollständig aus und senden es dann an uns zurück.)

An  
Steffen Thomas  
Praxis Mittelpunkt Mensch  
Gellertstraße 8  
09130 Chemnitz

Tel: 0371/ 46 40 260  
E-Mail: mitte-mensch(at) web.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 Endverbraucher(s)

\_\_\_\_\_

Anschrift des/der Endverbraucher(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Endverbraucher(s)  
(ist nur bei Mitteilung auf Papier erforderlich)

(\*) Unzutreffendes bitte streichen