

Muster-Widerrufsformular

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

An:

ZA - Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG

Werftstr. 21

40549 Düsseldorf

Telefax: 0211/5693-350

E-Mail: shop@za-eg.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*)/der 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