

## Muster-Widerrufsformular

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

An die  
Ärztchammer Steiermark  
Fortbildungsreferat  
Kaiserfeldgasse 29  
A-8010 Graz  
Österreich  
Telefax +43 / (0)316 / 8044-132  
E-Mail: [fortbildung@aekestmk.or.at](mailto:fortbildung@aekestmk.or.at)

Hiermit widerrufe ich / wir (\*) den von mir / uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

---

Bezeichnung der gebuchten Fortbildungsveranstaltung, Datum, Ort

---

Bestellt am:

---

Name des/der Verbraucher(s):

---

Anschrift des/der Verbraucher(s):

---

Unterschrift des/der Verbrauchers(s) – nur bei Mitteilung auf Papier:

---

Datum:

(\*) Unzutreffendes streichen