

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

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