

Widerrufsformular

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

An
Oldenburger Hebammenpraxis
Bloherfelder Straße 82
26129 Oldenburg
Telefon: 0441 36146970
E-Mail: kontakt@oldenburgerhebammenpraxis.de

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

.....

.....

Bestellt am:

.....
Datum

Erhalten am:

.....
Datum

Name und Anschrift des Verbrauchers

.....

.....

.....

.....
Datum

.....
Unterschrift Kunde
(nur bei schriftlichem Widerruf)