

# Muster-Widerrufsformular

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

An

CEDIP Verlagsgesellschaft mbH

c/o Deutscher Ärzteverlag

Dieselstr. 2

50859 Köln

Telefon: +49 (0) 2234 - 7011 – 555

Telefax: +49 (0) 2234 - 7011 – 556

E-Mail: service@cedip.de

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

Artikel-Nr.	Bezeichnung	Menge

Bestellt am (\*)/erhalten am (\*): \_\_\_\_\_

Name des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift des/der Verbraucher(s) bei Mitteilung auf Papier

(\*) Unzutreffendes streichen.