

Muster-Widerrufsformular

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

Springer Medizin Verlag GmbH
Leserservice
Am Forsthaus Gravenbruch 5-7
63263 Neu-Isenburg

Telefon: 06102 506-148
Fax: 06102 506-44148
E-Mail: vertriebgup@springer.com

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