

Muster-Widerrufsformular

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

AkadRe GmbH
MASK Zentrum Sprachschule
Rothenburger Str. 245
90439 Nürnberg

Telefon: +49 911 60060510
E-Mail: info@maskzentrum.de

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 streichen.