

## Widerrufsformular

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

1. An die Kursveranstalterin

**Zentrum für Physiotherapie GmbH**

Eckendorfer Straße 91 – 93

33609 Bielefeld

Telefax: 0521 – 751060

[info@zfp-bielefeld.de](mailto:info@zfp-bielefeld.de)

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

\_\_\_\_\_

Datum

(\*) Unzutreffendes streichen.

**(-Ende des Widerrufsformulars-)**