

Rücktrittsformular

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

-An
Verband der Privatkrankenanstalten Österreichs
Lehargasse 3a/5
1060 Wien
Mail: verwaltung@privatkrankenanstalten.at

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): _____

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

(*) Unzutreffendes streichen