

Muster-Widerrufsformular

An:

Curamus Medical

Inhaber: Charles Mba

Ernst-Heinkel-Weg 3

90411 Nürnberg

E-Mail: kontakt@curamus-medical.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über folgende Leistung:

Termin / Leistungsdatum:

Name des Patienten:

Anschrift des Patienten:

Datum:

Unterschrift des Patienten, nur bei Mitteilung auf Papier:
