



Widerrufsformular

Wenn Du den Vertrag widerrufen möchtest, fülle bitte dieses Formular aus und sende es an:

mein Gesundheitsort – Larissa Hofzumberge
Industriestraße 41, 44577 Castrop-Rauxel
info@meingesundheitsort-castrop.de

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

Leistung:

Gebucht am:

Name:

Anschrift:

Datum:

Unterschrift (nur bei Mitteilung auf Papier)
