

Muster-Widerrufsformular

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

– An (Post: BSS Deutsche Pflegeallianz GmbH, Ludwig-Erhard-Straße 6, 20459 Hamburg; E-Mail: info@deutsche-pflegeallianz.com; Telefon (kostenfrei): 0800/ 0 543 543).

– 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.