

# Muster-Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen möchten, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es an uns zurück.)

An  
consus clinicmanagement GmbH  
Waldkircher Straße 28  
79106 Freiburg im Breisgau  
Tel.: +49 761 217715-30  
Fax: +49 761 217715-39  
E-Mail: [info@consus-clinicmanagement.de](mailto:info@consus-clinicmanagement.de)

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