

Muster-Widerrufsformular

Anlage 2 zu Art. 246a § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 EGBGB

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

– An

Liora Health GmbH
Hafenweg 9–11
48155 Münster
info@liora-health.de

– Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung (privatärztliche Blutuntersuchung)

– Bestellt am

– Name des/der Verbraucher(s)

– Anschrift des/der Verbraucher(s)

– Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

– Datum
