

Muster-Widerrufsformular

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

An

Akademie für Pflegeberufe und Management

apm Niedersachsen gGmbH

Goethering 7

49074 Osnabrück

Tel.-Nr.: 0541 33112-0

Fax-Nr.: 0541 33112-32

E-Mail-Adresse: info@apm-nds.de,

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistungen (*)

Bestellt am (*)/erhalten am (*)

Name des/der Verbraucher(s)

Anschrift des/der Verbraucher(s)

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

(*) Unzutreffendes bitte streichen.