

B. Widerrufsformular

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

An

ImM – Institut für mitochondriale Medizin
Pfalzburger Straße 43/44
10717 Berlin - Deutschland

Fax: +49 (0)30 609815979
E-Mail: bestellung@imm.institute

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