

## Widerrufsformular

Bitte füllen Sie das Formular zum widerrufen Ihres OP Auftrags aus und senden es zurück an:

### new medical GmbH & Co. KG

Schrader Velgen Ring 20

D - 85456 Wartenberg

Tel: +49 (0)8762 720 917

Fax: +49 (0)8762 726 219

Mail: [office@newmedical.eu](mailto:office@newmedical.eu)

Hiermit widerrufe ich den von mir vereinbarten OP Termin

am (OP Termin) \_\_\_\_\_

bei folgenden Arzt \_\_\_\_\_

in folgender Klinik \_\_\_\_\_

Kundennummer : \_\_\_\_\_

Meine Daten:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kunden

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift