

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

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