

Musterwiderrufsformular

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

An

Bettina Tamura,

Praxis für funktionelle muskeltherapie nach tamura®

Bernstorffstr. 34

29221 Celle

Tel.: 05141/4099546

Email: tamura@muskeltherapie.com

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag

über die Erbringung der folgenden Dienstleistung

vereinbart am

Name des/der Teilnehmer(s)

Anschrift des/der Teilnehmer(s)

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

Datum