

Widerrufsformular

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

Legasthenie-Zentrum Berlin e.V.
Alt-Tempelhof21
12103 Berlin

Fax: 030 61658488
E-Mail: info@legasthenie-zentrum-berlin.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über die Buchung der folgenden Dienstleistung (Veranstaltung/Fortbildung/Weiterbildung):

.....
.....

(Name der Fortbildung/Weiterbildung/Fachtagung und Preis)

Vertrag geschlossen am:

.....

Datum

Name und Anschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

.....
.....
.....
.....

Datum

.....

Unterschrift Kunde/Kundin/Vertragspartner/in

(nur bei schriftlichem Widerruf)