Anhang: Muster-Widerrufsformular

An:

DDr. Katharina Köstenbauer

Gabriachgasse 32, 8045 Graz

Info@dr-koestenbauer.at

Hiermit widerrufe ich den Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

[Beschreibung der Beratungsleistung]

Bestellt am: [Datum]

Datum des vereinbarten Termins: [Datum]

Name des Kunden:

[Name]

Anschrift des Kunden:

[Straße, Hausnummer, PLZ, Ort]

Datum & Unterschrift des Kunden (nur bei Mitteilung auf Papier)