

## MUSTER-WIDERRUFSFORMULAR

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

**Dr. Ernst J. Hoffmann, Theodor-Storm-Str. 18, 22941 Bargteheide**  
**Tel. 04532-2899109, Fax 04532-4263, E-Mail: e@kanzlei-drhoffmann.de**

– Hiermit widerrufe(n) ich/wir(\*) den von mir/uns(\*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistungen(\*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

– Bestellt am (\*)/erhalten am(\*): \_\_\_\_\_

– Name des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

– Anschrift des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Verbraucher(s)

\_\_\_\_\_  
Datum

(\*) Unzutreffendes streichen