

Widerrufsformular

wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an die untenstehende Adresse zurück:

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag

über _____

vom _____

Name, Vorname, Anschrift

Datum

Unterschrift

biomed-nrw,

Prof. Dr. L. Wickert

Hitzbroicherweg 55, 53844 Troisdorf

www.biomed-nrw.de, [info\[at\]biomed-nrw.de](mailto:info[at]biomed-nrw.de)

tel: 0176-27811608