

# Muster-Widerrufsformular

An:

Bayerische Landeszahnärztekammer

Fallstraße 34

81369 München

Fax: 089 72480-272

E-Mail: [shop@blzk.de](mailto:shop@blzk.de)

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (\*)/die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*).

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

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(\* Unzutreffendes streichen.)

