

Widerrufsformular

Zum Widerruf des Vertrages zwischen Teilnehmer*in und SpoMediKo füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es per E-Mail an info@spomediko.de

Hiermit widerrufe ich den von mir vereinbarten Vertrag über die Teilnahme am:

angemeldet am

bestätigt am

Name Kursteilnehmer*innen

Anschrift Kursteilnehmer*innen

Datum, Unterschrift¹