

Widerrufsformular

Bitte füllen Sie das Formular zum Widerrufen Ihres OP Auftrags aus und senden es zurück an:

New medical GmbH & Co. KG
Berghamerstr. 10
85435 Erding

Tel.: +49 (0) 8762 720 917
Fax: +49 (0) 8762 726 219
Mail: office@newmedical.eu

Hiermit widerrufe ich den von mir vereinbarten OP Termin

Am (OP Termin) _____

Bei folgenden Arzt _____

In folgender Klinik _____

Kundennummer _____

Meine Daten:

Vorname, Nachname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Land _____

Ort, Datum

Unterschrift