

An
Akademie
medius KLINIKEN gGmbH
Charlottenstr. 47
73230 Kirchheim

WIDERRUFSFORMULAR

Hiermit widerrufe(n) ich / wir den von mir / uns abgeschlossenen Vertrag mit der Akademie der medius KLINIKEN gGmbH für die folgende(n) Lehrveranstaltung(en):

Veranstaltungsnummer:
Titel:
Beginn:
Ort:
Name Teilnehmer:
Anschrift Teilnehmer:

✕

ORT / DATUM

✕

UNTERSCHRIFT

Akademie
medius KLINIKEN gGmbH
Charlottenstr. 47
73230 Kirchheim

Tel.: 07021/88-44800
Fax: 07021/88-44809
E-Mail: akademie(at)medius-kliniken.de