

Muster-Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)

An:

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK)

Liesegangstr. 17 a

40211 Düsseldorf

dgzmk(at)dgzmk.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung: **Teilnahme am 4. Gemeinschaftskongress der zahnmedizinischen Fachgesellschaften, der in Berlin zwischen dem 30.10. und dem 1.11.2024 stattfindet.**

Bestellt am:

Name des/der Verbraucher(s):

Anschrift des/der Verbraucher(s):

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (**nur bei Mitteilung auf Papier**)

Datum: