



Agentur für Plastische und Ästhetische Chirurgie

## Formular für den Widerruf

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück an:

Body of Dreams  
Aletsbergerstraße 61a  
94469 Deggendorf

Tel: 0049 / (0)991/998 948 70

Fax: 0049 / (0)89/9040615 4151

E-Mail: [info@bodyofdreams.de](mailto:info@bodyofdreams.de)

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) vereinbarten OP-Termin:

Am (OP-Termin): .....

Bei (Name des Arztes): .....

Vorname, Name des/der Verbraucher(s): .....

Anschrift des/der Verbraucher(s): .....

Unterschrift des/der Verbraucher(s): .....

Datum: .....

---

(\*) Unzutreffendes streichen.