

WIDERRUFSFORMULAR

An:

DGFP – Deutsche Gesellschaft für Privatpatienten mbH
Am Sandtorkai 37
20457 Hamburg

Telefax: 040 / 39 80 38 62
E-Mail: service@dgprivatpatienten.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung: Recherche von Einsparmöglichkeiten bei der bestehenden privaten Krankenversicherung

unterschrieben am: _____

mein Name: _____

meine Adresse

Straße: _____

PLZ, Ort: _____, _____

Datum, Unterschrift

(Eine Unterschrift ist nur erforderlich, wenn dieser Widerruf auf Papier erfolgt)