

**Gesetzliches Muster-Widerrufsformular nach Art. 246a § 1 Abs. 2 Satz 1 Ziff. 1 EGBGB**

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

An:

mediABC GmbH  
Steinfeldstr. 1  
90425 Nürnberg

**Widerruf:** Hiermit widerrufe(n) ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

\_\_\_\_\_

Gebucht am: \_\_\_\_\_

Name des/der Verbraucher(s):

\_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s):

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort

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

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_