

# Muster-Widerrufsformular

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

An

Reha Assist GmbH  
Hausanschrift: Kleinbahnstraße 27, 59759 Arnsberg  
Postanschrift: Postfach 22 11, 59712 Arnsberg

Telefon: +49 (0)2932 93 97 450  
Fax: +49 (0)2932 93 97 100  
E-Mail: kontakt@carea.team

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*)

---

Bestellt am (\*)/erhalten am (\*)

---

Name des/der Verbraucher(s)

---

Anschrift des/der Verbraucher(s)

---

---

---

Datum Unterschrift des/der Verbraucher(s)

(nur bei Mitteilung auf Papier)

(\*) Unzutreffendes streichen