

Widerrufsformular

BITTE NUR AUSFÜLLEN, WENN TATSÄCHLICH EIN WIDERRUF VON IHNEN GEWÜNSCHT WIRD.

Wenn Sie den Vertrag tatsächlich widerrufen wollen, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück. Die Verwendung dieses Formulars ist jedoch für die Ausübung des Widerrufsrechts nicht verpflichtend, es reicht eine eindeutige Erklärung über Ihren Willen, den Vertrag zu widerrufen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerrufe ich den von mir geschlossenen Vertrag mit der clearing solutions GmbH, Quartier am Gendarmenmarkt, Charlottenstraße 34, 10117 Berlin, über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

Beratung und Durchführung Wechsel von der privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenkasse

Bitte vollständig und in Druckschrift ausfüllen:

Vorname: _____ **Name:** _____

Straße: _____ **Hausnummer:** _____

Stadt: _____ **PLZ:** _____

Grund für den Widerruf (optional): _____

Ort, Datum und Unterschrift des Kunden

Nur im Falle eines Widerrufs senden Sie uns dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben per Fax, Post, oder per E-Mail an:

clearing solutions GmbH
Quartier am Gendarmenmarkt
Charlottenstraße 34,
10117 Berlin

Tel.: +49 30 20 60 888 99 12

Fax: +49 30 20 60 888 91

E-Mail: info@clearing-solutions.com