

Widerrufsformular

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

An die AFZ Rostock GmbH, Alter Hafen Süd 334, 18069 Rostock, FAX: 0381 8017-108, Mail: afz@afz-rostock.de

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Qualifizierungsmaßnahme (genaue Bezeichnung und Nummer der Maßnahme angeben):

.....
.....
.....
.....

Teilnahme durch die AFZ Rostock GmbH bestätigt am

Name des Teilnehmers:.....

Anschrift des Teilnehmers:.....

Datum:

Unterschrift des Teilnehmers (nur bei Mitteilung in Papierform):