

**Muster-Widerrufsformular für (Fach-) Ärzte bzw. Verbraucher**

**An**

zollsoft GmbH  
Ernst-Haeckel-Platz 5/6  
07745 Jena  
E-Mail: arzt-direkt@zollsoft.org

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

hiermit widerrufe(n) ich/wir als

- (Fach-) Arzt
- Spezialist
- Medizinische Fachangestellte
- Praxis

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):

Ort, Datum:

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