Verimedis UG (haftungsbeschränkt)
Peter-Schnellbach-Straße 17
69151 Neckargemünd
www.verimedis.de

Information über das Widerrufsrecht

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angaben von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.
Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns mittels einer eindeutigen Erklärung (zum Beispiel einem mit der Post versandten Brief, Email) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.
Sie können dafür das beigefügte Muster - Widerrufsformular- verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung Ihres Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.
Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrages unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Widerrufsformular

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

Verimedis UG (haftungsbeschränkt)
Peter-Schnellbach-Straße 17
69151 Neckargemünd
Website: www.verimedis.de
E-Mail: support@verimedis.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung medizinischer Dienstleistung:

Bestellt am: _____

Name: _____

Anschrift: _____

_____ _____

Datum Unterschrift