

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag (Anmeldung) zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie mir

Freie
Praxis und Studio
Raum & Klang
Stefanie Zießler
Brooklande 6a
23863 Bargfeld-Stegen

info@heilpraktikerpsych.de

Telefon: +49 160 94875436

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief oder E-Mail) 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 des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, habe ich Ihnen alle Zahlungen, die ich von Ihnen erhalten habe, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von mir angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei mir eingegangen ist.

Für diese Rückzahlung verwende ich 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 Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie mir einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie mich von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Widerrufsformular

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

Freie
Praxis und Studio
Raum & Klang
Stefanie Ziebler
Brooklande 6a
23863 Bargfeld-Stegen

info@heilpraktikerpsych.de

Hiermit widerrufe ich, _____, den von mir
abgeschlossenen Vertrag mit der Anmeldung vom _____ zum
Ausbildungskurs von Stefanie Ziebler zur Vorbereitung auf die behördliche Überprüfung des
Heilpraktikers für Psychotherapie.

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

(Datum, Ort)

(Unterschrift)