

## Muster-Widerrufsformular

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

An das  
Rheinisches Bildungszentrum Köln gGmbH  
Institut für Biologie und Medizin  
MTA Schulen für Laboratoriums- und Veterinärmedizin  
Vogelsanger Str. 295  
50825 Köln  
Telefon: 0221/54687 212  
Fax: 0221/54687 2125  
E-Mail: [sekretariat@rbz-koeln.de](mailto:sekretariat@rbz-koeln.de)

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag

über \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift