



Widerrufsrecht für Verbraucher



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

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

L.S. Medical Service UG (haftungsbeschränkt)
Geschäftsführer Lukas Stark
Bahnhofstraße 1
16567 Mühlenbecker Land OT Mühlenbeck
E-Mail: info@ls-medical-service.de

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief oder eine 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, 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 Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen sollen, 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.

Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen möchten, dann können Sie dieses Formular ausfüllen und an uns zurücksenden. Die Verwendung dieses Formulars ist für die Ausübung des Widerrufs jedoch nicht verpflichtend, es reicht eine eindeutige Erklärung über Ihren Willen, den Vertrag widerrufen zu wollen.

Hiermit widerrufe(n) ich/wir(*) den mit

L.S. Medical Service UG (haftungsbeschränkt)

Geschäftsführer Lukas Stark

Bahnhofstraße 1

16567 Mühlenbecker Land OT Mühlenbeck

E-Mail: info@ls-medical-service.de

abgeschlossenen Vertrag

_____ .

Auftrag erteilt am:

Name:

Anschrift:

Datum
(nur bei Mitteilung auf Papier)

Unterschrift

* Unzutreffendes bitte streichen.