

**Widerrufsformular – WAT 2024**

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, können Sie dieses Formular ausfüllen und an uns zurücksenden:

An: Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH  
Kongressabteilung „WAT 2024“  
Neuwieder Str. 9  
90411 Nürnberg  
E-Mail: info-wat@mcn-nuernberg.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über die Bestellung der folgenden Leistungen:

Bestellt am (\*)/erhalten am (\*): \_\_\_\_\_

Name des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

(\*) Unzutreffendes streichen.