

# **Widerrufsformular**

## **(bei Fernabsatzgeschäften)**

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

### **Senden an**

iSFF an der VHS Berlin Mitte  
Linienstr. 162  
10115 Berlin  
Fax 030 9018 37486  
Mail [isff@ba-mitte.berlin.de](mailto:isff@ba-mitte.berlin.de)

Hiermit widerrufe(n)      ich ( \* )      wir ( \* )  
den von                      mir ( \* )      uns ( \* )

abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

---

---

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Datum:

Unterschrift:  
(nur bei Mitteilung auf Papier)