

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Vertragsschluss und auch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Artikel 246 § 2 in Verbindung mit § 1 Abs. 1 und 2 EGBGB sowie unserer Pflichten gemäß § 312g Abs. 1 Satz 1 BGB in Verbindung mit Artikel 246 § 3 EGBGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

### Der Widerruf ist zu richten an:

**new medical GmbH & Co. KG**  
**Schrader-Velgen-Ring 20**  
**D - 85456 Wartenberg.**

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurück zu gewähren und ggf. gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben. Können Sie uns die empfangene Leistung sowie Nutzungen (z.B. Gebrauchsvorteile) nicht oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren beziehungsweise herausgeben, müssen Sie uns insoweit Wertersatz leisten. Dies kann dazu führen, dass Sie die vertraglichen Zahlungsverpflichtungen für den Zeitraum bis zum Widerruf gleichwohl erfüllen müssen. Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 30 Tagen erfüllt werden. Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufserklärung, für uns mit deren Empfang.

### Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

## Widerrufsformular

Bitte füllen Sie das Formular zum widerrufen Ihres OP Auftrags aus und senden es zurück an:

**new medical GmbH & Co. KG**

Schrader Velgen Ring 20  
D - 85456 Wartenberg

Tel: +49 (0)8762 720 917

Fax: +49 (0)8762 726 219

Mail: [office@newmedical.eu](mailto:office@newmedical.eu)

Hiermit widerrufe ich den von mir vereinbarten OP Termin

am (OP Termin) \_\_\_\_\_

bei folgenden Arzt \_\_\_\_\_

in folgender Klinik \_\_\_\_\_

Kundennummer : \_\_\_\_\_

Meine Daten:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Kunden

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift