

CaP Campus Pharmazie GmbH  
Planckstr. 13  
D-22765 Hamburg  
Email: [info@campus-pharmazie.de](mailto:info@campus-pharmazie.de)  
Telefax: +49-(0)40-60770230

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Fernunterrichtsvertrag mit der Vertragsnummer \_\_\_\_\_.

Vertrag

erhalten am:

\_\_\_\_\_

Name:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschrift:**

Ort, Datum:

Unterschrift (Vor- und Zuname)