

Firma (optional)

Name, Vorname

Straße HSNr.

PLZ Ort

**HumanEdge-Consulting**

Anna Spillner

Fünffensterstr. 2  
34117 Kassel

Kundennummer

Telefon

Datum

**Widerruf**

Sehr geehrte Frau Spillner,

hiermit widerrufe ich fristgerecht den, von mir abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

Bestellt am:

Name des Verbrauchers:

Anschrift:

Grund des Widerrufs (opt.):

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Name

HumanEdge-Consulting  
Fünffensterstr. 2  
34117 Kassel

Telefon  
+49 151 / 290 49 264  
kontakt@humanende-consulting.de

Kreissparkasse Schwalm-Eder  
BIC: HELADEF1XXX  
IBAN DE00 0000 0000 0000 00