

Stornoformular

Name*: _____
Anschritt*: _____
Tel.-Nr.: _____
E-Mail: _____
Kunden.Nr.: _____
*Pflichtfeld

Grund der Stornierung (betreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> finanzieller Hintergrund | <input type="checkbox"/> Altersgründe / Krankheit |
| <input type="checkbox"/> kein Interesse mehr / gefällt nicht mehr | <input type="checkbox"/> pausiert |
| <input type="checkbox"/> keine Zeit | <input type="checkbox"/> ohne Angabe von Gründen |

Stornierung für Angehörige

Name der/-s Abonnenten/-in *: _____
Anschritt der/-s Abonnenten/-in *: _____
Kunden.Nr. der/-s Abonnenten/-in: _____
*Pflichtfeld

INFO zur Stornierung (betreffendes bitte ankreuzen)

- Todesfall (bitte senden Sie uns eine Sterbeurkunde)
 Krankheit oder Demenz (bitte senden Sie uns eine Vollmacht)
Pflichtfeld

Name, Telefonnummer für etwaige Rückfragen

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie weiterhin Informationen per E-Mail oder Telefon für künftige Angebote von Waren- und Dienstleistungen rund um die „Welt der Frauen“ erhalten möchten und bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift.

- JA, informieren Sie mich weiterhin über die „Welt der Frauen“ NEIN, ich möchte zukünftig keine Informationen erhalten

Datum, Unterschrift