

## WIDERRUFSFORMULAR

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

An: Halliwood Film GmbH  
Schlosspark Theater  
Schloßstraße 48  
12165 Berlin

Fax: 030 7895667-145

E-Mail: [kasse@schlossparktheater.de](mailto:kasse@schlossparktheater.de)

Hiermit widerrufe(n) ich/wir (\*) den von mir/uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (\*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*)

bestellt am (\*): ..... / erhalten am (\*): .....

Name des/der Verbraucher(s): .....

Anschrift des/der Verbraucher(s): .....

.....

---

Datum

---

Unterschrift des/der Verbraucher(s)  
(nur bei Mitteilung auf Papier)

*(\*) Unzutreffendes streichen*