

DERECHO DE DESISTIMIENTO

A la atención de:

Farmacia Miguel Fernández, C.B.
NIF E72101827
Dirección: Calle Ancha, nº 18 – 11540 Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)
Teléfono 956 36 01 87
Correo electrónico: hola@farmamima.com

Datos del bien/prestación a desistir:

N.º contrato/pedido/factura:
Fecha contrato/pedido/factura:
Fecha de recepción del producto/servicio:
Descripción del producto/servicio:

Datos del consumidor/usuario:

Nombre:
Domicilio:
Población:
* Teléfono:
* E-mail:

(datos no obligatorios)*

Derecho de desistimiento:

Podrá ejercer el derecho de desistimiento dentro del período de 14 días establecidos por ley a partir del día siguiente de la fecha de un contrato de servicios o del día de la recepción de un producto.

De conformidad con el artículo 102 y siguientes del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, le comunico que desisto del contrato de venta del bien/prestación descrito anteriormente dentro del término establecido, por lo que agradecería se pusiese en contacto conmigo mediante los datos de contacto facilitados, para notificarme que se ha procedido a esta solicitud.

Fecha de la solicitud:

Firma del consumidor/usuario: