

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

A la atención de:

ANGELES MARIA HERNANDEZ SANCHEZ

CENTRO DE CIRUGIA DE MINIMA INVASION JESUS USON DPCHO 1 AREA

EMPRESARIAL CTRA NAC. 521, KM 41,8-1071 - 10004 CACERES - CÁCERES.

Email: info@medycaf.com

Por la presente le comunico que desisto del contrato de venta celebrado con ustedes en relación a los siguientes productos y/o servicios:

PRODUCTO / SERVICIO

REFERENCIA

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Número de pedido:

Fecha de pedido:

Recepción del pedido:

DATOS DEL CONSUMIDOR

Nombre y apellidos:

CIF/NIF/NIE:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

En _____ a ____ de _____ de _____.

Firma: