



A la atención de :

Nombre: Farmacia Castrejón, NIF/CIF 30242166H

Dirección: C. Mayor 6

Población: 34850 Castrejón de la Peña (Palencia)

Teléfono: 979 877 089

Correo electrónico: info@farmaciacastrejon.es

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:

Email:

Por la presente le comunico/comunicamos que desisto de mí/desistimos de nuestro contrato de venta del siguiente bien/prestación del siguiente servicio:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 pudiese 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:

