

## **DERECHO DE DESISTIMIENTO**

**A la atención de: Farmacia Maiz Piat, C.B.**

Correo electrónico: [info@farmavida.com](mailto:info@farmavida.com)

Domicilio: C/ Mayor nº 6 esquina Empedrada nº 1. C.P. 45370, Santa Cruz de la Zarza (Toledo)

Teléfono: 925 143 291

### **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: