**FORMULARIO DE DESISTIMIENTO**

A la atención de:

MARÍA JOSÉ SEGARRA RÚA

Avenida Compromiso De Caspe 29 - 50002 ZARAGOZA.

Teléfono: 976429339

Email: hola@farmaciasegarrarua.es

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: