**FARMACIA IGNACIO MIGUEL SORIANO SEMPERE**

# DERECHO DE DESISTIMIENTO

**A la atención de:**

Nombre:  **FARMACIA IGNACIO MIGUEL SORIANO SEMPERE**

NIF: **29206921A**

Dirección: **COMUNIDAD DE MADRID, 37, LOCAL 11-12 LAS ROZAS (Madrid), 28230**

Población: Madrid Teléfono: +34 **910059697**

Correo electrónico: **hola@farmaciasvivo.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:

**FARMACIA IGNACIO MIGUEL SORIANO SEMPERE**

**.**

1 **COMUNIDAD DE MADRID, 37, LOCAL 11-12 LAS ROZAS (Madrid), 28230**