



**FARMACIA
LA TORRE**

A la atención de :

Nombre: Beatriz Pose Vilarnovo, CIF/NIF: 33293390Q

Dirección: Calle la Torre, 54

Población: 15002 - A Coruña

Teléfono: 981 203 842

Correo electrónico: info@farmacialatorre24h.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 mi/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:.....

