



FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Solo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir de la compra realizada).

A la atención de:

Cuidados Farmacéuticos
www.cuidadosfarmaceuticos.es
Ronda del Olivar, 58 45694 Talavera la Nueva (Toledo)
CIF/NIF: 04148122-A
Teléfono: 925 850 470
Email: info@cuidadosfarmaceuticos.es

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente bien/ prestación del siguiente servicio:

Datos del consumidor

Nombre:
Apellidos:
Teléfono:
Email:

Producto adquirido

Núm. Referencia:
Núm. Pedido:
Fecha de compra:
Id cliente:
Domicilio de entrega:
Código Postal:
Localidad:

Si la dirección de envío es distinta a la del comprador, deberá rellenar los siguientes datos:

Destinatario:
Domicilio de entrega:
Código Postal:
Localidad:
Provincia:
Teléfono de contacto:

Firma del consumidor/es

(Solo si el presente formulario se presenta en papel)

Fecha