

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir del contrato)

A LA ATENCIÓN DE:

MIGUEL CAMARENA, SL

C/ Juan Duque, 29, 4N

Madrid, 28005, España.

Emai: contacto@miguelcamarenasalud.com

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente producto o servicio:

Realizado con fecha de compra

- Nombre del comprador/es:
- Domicilio del comprador/es:

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

- Nombre del destinatario:
- Domicilio del destinatario:

Firma del consumidor/es

Fecha

(sólo si el presente formulario se presenta en papel)