VISTAFARMA

Modelo de formulario de desistimiento

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

A la atención de: VISTAFARMA, Calle Almela Costa S/N, CP 30011, Murcia, España
E-mail: info@vistafarma.com
Teléfono: +34 690 929 119

- Por la presente le comunico/comunicamos (*) que desisto de mi/desistimos de nuestro (*) contrato de venta del siguiente producto: (*)

- Pedido el/recibido el (*): 01/01/2010

- Nombre del consumidor y usuario o de los consumidores y usuarios:

- Domicilio del consumidor y usuario o de los consumidores y usuarios:

- Firma del consumidor y usuario o de los consumidores y usuarios (solo si el presente formulario se presenta en papel)):

- Fecha:

01/01/2010

(*) Táchese lo que no proceda.