

## DERECHO DE DESISTIMIENTO

### **A la atención de:**

Nombre: Farmacia Lda. Verónica Fernández González

NIF: 52011705B

Dirección: Plaza Mariano Lanuza, 2 - 28011 Madrid

Teléfono: 914634797

Correo electrónico: info@farmaciaacasa.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 71 de la Ley 3/2014, de 28 de marzo, por la que se modifica 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: