



FORMULARIO DE DESISTIMIENTO SALUDPELVICA.COM

Salud Pélvica.

Victoria Zamora 23025623R

C/Doctor Luis Calandre, nº 30,p 31

30205 Cartagena.Murcia (España)

Teléfono: 868 107 402/ 636763204

contacto@saludpelvica.com

A EFECTO DE NOTIFICACIONES ENVIAR A:

C/Doctor Luis Calandre, 30, p 31. 30205 Cartagena (MURCIA)

(Nombre y apellidos del remitente)

(Dirección)

En _____ a __ de _____ de ____ (lugar y fecha).

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de compraventa suscrito con ustedes con número de pedido _____ (número de registro de la solicitud), y formalizado el pasado _____ (indicar día, mes y año de celebración del contrato), del siguiente bien o relación de bienes: (Indicar relación de bienes respecto de los cuales se va a ejercitar el derecho de desistimiento)

Sin otro particular, (Firma) _____