



## FORMULARIO DE DESISTIMIENTO FARMACIACENIZATE.COM

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

A la atención de **Lourdes Pérez Mora (farmaciacenizate.com)** con domicilio en C/ JUAN FERRER, 2, 02247, CENIZATE, (Albacete)

Teléfono 967 482 034 y dirección de email [info@farmaciacenizate.com](mailto:info@farmaciacenizate.com)

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

(Indicar relación de bienes respecto de los cuales se va a ejercitar el derecho de desistimiento)

Pedido el:  
(Indicar fecha)

Nombre del consumidor y usuario:  
(Indicar)

Domicilio del consumidor y usuario:  
(Indicar)

Número de pedido:  
(Indicar)

Firma del consumidor y usuario (solo si el presente formulario se presenta en papel)

Fecha: