

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir de la compra realizada)

A LA ATENCIÓN DE:

MARTA CERDÁN LÓPEZ

Departamento de Devoluciones / atención al cliente

Dirección: Calle Pi y Margall nº47 Elda, 03600 Alicante

Tel: 637 476 316.

e-mail: info@mclsalud.com

Que yo D/Dª
....., con
domicilio en, con teléfono
y con correo electrónico

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente bien pedido el/...../..... y recibido el/...../....., ya que estoy dentro del plazo que el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias me otorga para ello.

En (Ciudad), a (día) de (mes) de (año) 20.....

Fdo. D/Dª