

# Formulario de Desistimiento del servicio o Devolución de Bienes

Por favor, rellene y devuelva este formulario sólo si desea disolver/revocar el acuerdo.

Fecha

\_\_\_\_\_

C/Médico Temístocles Almagro nº 18 lc 2, CP 03300, Orihuela (Alicante)

(\*) Borre lo que no corresponda.

Por la presente, notifico/notificamos (\*) que desisto/desistimos (\*) de mi/nuestro (\*) contrato de venta de los siguientes bienes/de la prestación (\*) del siguiente servicio:

\_\_\_\_\_

Pedido el (\*)/Recibido el (\*)

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Firma (si este formulario se presenta en papel)

\_\_\_\_\_