

MODELO/FORMULARIO DESISTIMIENTO

El presente formulario se pone a su disposición con el fin de facilitarle el ejercicio de su derecho de desistimiento, si bien su uso no es obligatorio. Por favor, remita su comunicación a la dirección indicada en el formulario.

A la atención de CIBERMEDICINA S.L.

Por la presente les comunico que desisto del contrato de compraventa cuyos datos les detallo:

Nombre completo del comprador:

Bien comprado:

Precio de compra:

Fecha de compra:

Fecha de puesta a disposición del producto:

En, a de de 201..

Firma del comprador

REMITIR A: Si por correo electrónico: soporte@psiquiatria.com

Si por correo postal: CIBERMEDICINA S.L.

Calle Felix Martí Alpera, num 74, 5-B, 30204

Cartagena, Murcia.