A la atención de:
Nombre: Farmacia El Robledal, 05713361T:
Dirección: C. Gaztambide, 23
Población: 28015 - Madrid (Madrid)
Teléfono: 618680154
Correo electrónico: info@robledaldegaztambide.es

Datos del bien/prestación a desistir:
N.º contrato/pedido/factura: .....
Fecha contrato/pedido/factura: .....
Fecha de recepción del producto/servicio: .....
Descripción del producto/servicio: .....

Datos del consumidor/usuario:
Nombre:.....
Domicilio:.....
Población:.....
Teléfono:.....
Email:.....

Por la presente le comunico/comunicamos que desisto de mi/desistimos de nuestro contrato de venta del siguiente bien/prestación del siguiente servicio:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Derecho de desistimiento:
Podrá ejercer el derecho de desistimiento dentro del período de 14 días establecidos por ley a partir del día siguiente de la fecha de un contrato de servicios o del día de la recepción de un producto.

De conformidad con el artículo 102 y siguientes del 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, le comunico que desisto del contrato de venta del bien/prestación descrito anteriormente dentro del término establecido, por lo que agradecería se pusiese en contacto conmigo mediante los datos de contacto facilitados, para notificarme que se ha procedido a esta solicitud.

Fecha de la solicitud:.....

Firma del consumidor/usuario:.....