

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

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

A LA ATENCIÓN DE:

MEDIP HEALTH SL
C/ Llettra B, 1 (Pol. Ind. Pardines)
46722 -Beniarjó (Valencia)
B98558885
shop@mediphealth.com

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente bien o bienes con referencia:

Nombre y apellidos	
Teléfono	
Correo electrónico	

Producto adquirido	
Referencia	
N.º de pedido	
Fecha de compra	
Id. Cliente	
Domicilio	
Localidad	
Código postal	
Provincia	

Si la dirección de envío es distinta a la del comprador, deberá rellenar los siguientes datos:

Destinatario	
Domicilio entrega	
Localidad	
Cód. Postal	
Provincia	
Tel. Contacto	

Fecha:

Firma del consumidor/es

(Solo si el presente formulario se presenta en papel)