

DERECHO DE DESISTIMIENTO

A la atención de:

Nombre: KUZMAR CLINIC, S.L.

NIF: B75652313

Dirección: C/ Doctor Jiménez Díaz, 7 - 03005

Población: Alicante

Teléfono: 865 552 414

Correo electrónico: info@kuzmarclinic.com

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:

* E-mail:

(* datos no obligatorios)

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: