

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

KUZMAR CLINIC

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Por la presente, comunico que deseo desistir del contrato de prestación de servicios o compra de productos suscrito con ustedes:

Nombre y apellidos:	
DNI/NIE/Pasaporte:	
Domicilio:	
Teléfono / Email:	
Servicio o producto adquirido:	
Fecha de contratación o recepción:	
Firma (solo si se presenta en papel):	
Fecha:	

Conforme al artículo 106 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.

Este formulario puede enviarse por correo electrónico o entregarse en la clínica. También puede ejercerse el derecho de desistimiento mediante cualquier otra declaración inequívoca.

KUZMAR CLINIC, S.L. C/ Doctor Jiménez Díaz, 7 - 03005 Alicante.
E-mail: info@kuzmarclinic.com