VITALPHARM LOS MANANTIALES, S.L

# DERECHO DE DESISTIMIENTO

**A la atención de:**

Nombre: VITALPHARM LOS MANANTIALES, S.L.

NIF: B06555072

Dirección: CALLE PANTANO DE LA SERENA Nº 2 - PUERTA 72, 06010

Población: BADAJOZ

Teléfono: 924267230

Correo electrónico: [ctefarmibad@hotmail.com](mailto:ctefarmibad@hotmail.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:

**VITALPHARM LOS MANANTIALES, S.L**

1 Calle Pantano De La Serena Nº 2 - Puerta 72, 06010