FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

En _____ a _____ de _____ de _____ .

A la atención de:

MOLTODENT SUMINISTROS MEDICOS, S.L.

•Tfno: 953275257

•C. Electrónico: antonio@moltodent.es

•Dirección postal: MOLTODENT SUMINISTROS MEDICOS, S.L., C/Andújar, 4. Local.. 23008-JAEN (Jaén)

Por la presente le comunico el desistimiento al contrato de venta celebrado con ustedes en relación a los siguientes productos y/o servicios:

PRODUCTO/SERVICIO **REFERENCIA**

.....

.....

.....

Número de pedido:

Fecha de pedido:

Recepción de pedido:

DATOS DEL CONSUMIDOR

Nombre y Apellidos:

CIF/NIF/NIE:

Domicilio:

Teléfono:

C. Electrónico:

Fdo.: