



## FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir del contrato)

A LA ATENCIÓN DE:

PARAFARMACIA CASTRO S.L.

Calle Fernández-Latorre, 53 bajo

15006 - A Coruña

Tfno: +34 981 92 51 12

Email: [info@castrofarmacias.com](mailto:info@castrofarmacias.com)

- Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente bien o bienes con referencia nº \_\_\_\_\_

Referencia nº \_\_\_\_\_

Referencia nº \_\_\_\_\_

- Pertencientes al pedido nº \_\_\_\_\_ con fecha de compra \_\_\_\_\_
- Nombre del comprador/es \_\_\_\_\_
- Domicilio del comprador/es \_\_\_\_\_

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

- Nombre del destinatario \_\_\_\_\_
- Domicilio del destinatario \_\_\_\_\_

Firma del consumidor/es

Fecha

(Solo si el presente formulario se presenta en papel)