

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO



Enviar el formulario debidamente cumplimentado a
info@galomfarma.com

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

A la atención de:

JAIME HUMBERTO LOMBANA SALAZAR, C/Antonio Antoranz 24, Local 2 C.P.: 28025 –
Madrid (MADRID)

info@galomfarma.com

**Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente bien /
prestación del siguiente servicio:**

–

Número de Pedido (Referencia) :

–

Fecha de recepción del pedido:

–

Nombre del consumidor y usuario o de los consumidores y usuarios:

–

Domicilio del consumidor y usuario o de los consumidores y usuarios:

–

**Firma del consumidor y usuario o de los consumidores y usuarios (solo si el presente
formulario se presenta en papel):**

–

Fecha: