

FORMULARIO DERECHO DE DESISTIMIENTO

A la atención de Asociación Ambar das Persoas con Diversidade Funcional, Lg. A Granxa, nº 5, San Roque, Ribeira (A Coruña), y dirección de correo electrónico pedidos@asociacionambar.org

D./Dña. _____¹ con DNI
_____² en representación de
_____³ con NIF
_____⁴, domiciliada en
_____⁵ por la presente le
comunico que desisto del contrato de compraventa a través del cual he adquirido
_____⁶ con número de pedido _____⁷ y número de
albarán/factura _____⁸ que recibí el ___ de _____ de 20__⁹.

Fdo. D./Dña. _____¹⁰.

En _____, a ___ de _____ de 20__.

¹ Nombre y apellidos de la persona que ejercita el derecho de desistimiento.

² DNI de la persona que ejercita el derecho de desistimiento.

³ En su caso, razón social a la que representa en el ejercicio del desistimiento.

⁴ En su caso, CIF/NIF de la razón social.

⁵ Domicilio de la razón social.

⁶ Producto sobre el que se va a ejercitar el derecho de desistimiento.

⁷ Número de pedido del producto.

⁸ Número de albarán o factura del producto.

⁹ Fecha en la que se recibió el producto.

¹⁰ Firma de la persona que solicita el desistimiento en caso de presentación en papel del formulario.