

**FORMULARIO DE DESISTIMIENTO**

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

A la atención de MARIA ISABEL PIQUE FARRE, con domicilio social en calle Pi i Margall, 58 - 25004 - Lleida - LLEIDA, teléfono 973232184, y dirección de correo electrónico mpique@coflleida.cat:

D. .... con N.I.F. .... y domicilio en....., calle ....., y email .....; en ejercicio del derecho de desistimiento que me confiere la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, dentro del plazo de 14 días naturales desde la fecha en que recibí el producto adquirido, MANIFIESTO:

1.- Que en fecha ..... adquirí a través de la página web [www.farmaciamaribelpique.com](http://www.farmaciamaribelpique.com) y [www.farmaciamaribelpique.cat](http://www.farmaciamaribelpique.cat) el producto (adjuntando copia de la factura de compra).

2.- Que he sido informado de mi derecho a desistir del contrato de compra dentro del plazo de 14 días naturales desde la recepción del producto, y siempre que el artículo devuelto sea exactamente el adquirido y no presente ninguna tara o defecto de fábrica, correrán por mi cuenta los gastos directos de devolución del producto.

3.- Que en ejercicio del derecho a desistimiento, devuelvo el correspondiente producto en perfecto estado con su embalaje original.

En..... a.....de.....de 20....