

## FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

A la atención de:

SULIME DISEÑO DE SOLUCIONES, SLU

E-mail: [web@sulime.net](mailto:web@sulime.net).

Titular de la web: pharmux.com

Datos del USUARIO/COMPRADOR:

- Nombre
- Dirección
- Email
- Teléfono

Por medio de la presente pongo en conocimiento mi voluntad de DESISTIR de la siguiente compra realizada a través de pharmux.com

1. Profesional sanitario a quien se ha contratado:
2. Compra realizada:
3. Fecha de la compra:
4. ¿Se ha prestado el servicio? Si se ha prestado el servicio no cabe desistimiento.
5. Comentarios:

Firma del USUARIO