*(Únicamente cumplimentar y enviar si desea desistir de un pedido, completo o parcial)*

**Asunto:** Desistimiento del contrato

**A la atención de:**

Mª Jesús Rolán

35429544E

Teléfono: 986 50 01 54

**Dirección de envío:**

FARMACIA ROLÁN

Av. del Doctor Tourón 38

CP: 36600 Vilagarcia de Arousa

Pontevedra

Por medio de la presente comunico mi deseo de DESISTIR de nuestro contrato de venta del siguiente pedido y bienes expuestos:

**Nª de Pedido:**

**Fecha de Pedido / Recepción:**

**Productos a los que se desiste:**

**Nombre y Apellidos / Razón Social:**

**DNI/CIF:**

**Firma:**

En: , a / /