



## FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

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

A la atención de:

ORTONOVA ORTOPEDIA

Marta Ruiz-Calero Saiz

Calle José Manuel Caballero Bonald 6, local 2, 28521 Rivas-Vaciamadrid, Madrid

[info@ortonovarivas.es](mailto:info@ortonovarivas.es)

+34 691 35 34 25

Por la presente, y conforme a lo establecido en el RDL 1/2007, Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, modificado por la Ley 3/2014, de 27 de marzo, le comunico que desisto de mi contrato de venta del siguiente bien o bienes con:

Nº DE PEDIDO:

FECHA DE COMPRA:

NOMBRE DEL COMPRADOR/ES:

DOMICILIO DEL COMPRADOR/ES:

TELÉFONO DE CONTACTO:

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

*Si la dirección de envío es distinta a la del comprador deberá proporcionar además Nombre y domicilio del destinatario.*

Esta comunicación la formulo dentro del plazo legal prorrogado a 12 meses a contar desde la fecha de finalización del plazo inicial de desistimiento que tuvo lugar transcurridos los 14 días naturales posteriores a la fecha de entrega en mi domicilio del producto el día:

FECHA:

Firma del consumidor: