

MODELO DE DESISTIMIENTO

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

A la atención de TRAVERSO OPTOMETRISTAS, S.L. con NIF/CIF B72324072, domicilio sito en C/ DOCTOR VILLAR, 21, CÁDIZ (LA LINEA DE LA CONCEPCION), 11300 y con correo electrónico OFICINA@OPTICASTRAVERSO.COM y teléfono 956170348, en adelante TRAVERSO OPTOMETRISTAS, S.L..

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de venta del producto/productos indicados:

(descripción y referencia tal como se indica en el contrato)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pedido realizado con fecha _____.

Pedido recibido con fecha _____.

Nombre del consumidor: _____.

Dirección del consumidor: _____.

Firma del consumidor (solo si el presente formulario se presenta en papel)