

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

A la Atención de:

IBERVISION SERVICIOS OPTICOS, S.L. (MEDICAL OPTICA AUDICIÓN)

C/ Bruno Mauricio Zabala 16, 6º. 48003 Bilbao.

info@medicaloptica.es

Tfno.:946.40.35.10

Fax: 946.40.35.15

Por la presente les comunico que desisto el contrato de venta del siguiente bien:

Recibido el: _____ / _____ / _____

Nombre del consumidor: _____

Domicilio del consumidor: _____

Firma del consumidor:

Fecha:

_____ / _____ / _____

