

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

A la atención de: **IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U**

C/ Zurbarán Nº 28 de Madrid (28010)

Teléfono:

Email:

Por la presente le comunico que desisto del contrato de compra de venta en relación al/a los siguiente/s servicio/s:

- PRODUCTO / SERVICIO REFERENCIA:
 - Código de compra:
 - Código del Bono:

- DATOS DEL CONSUMIDOR
 - Nombre y apellidos:
 - CIF/NIF/NIE:
 - Domicilio:
 - Teléfono:
 - Email:

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

Fecha: