

DERECHO DE DESISTIMIENTO

A la atención de:

Nombre: PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y DEL DERECHO, S.A.
NIF: A83394007
Dirección: Plaza del Conde del Valle de Suchil, 9 - 28015 Madrid (Madrid)
Población: Madrid
Teléfono: 914478471
Correo electrónico: secretaria.academica@promede.com

Datos del bien/prestación a desistir:

N.º contrato/pedido/factura:
Fecha contrato/pedido/factura:
Fecha de recepción del producto/servicio:
Descripción del producto/servicio:

Datos del consumidor/usuario:

Nombre:
Domicilio:
Población:
* Teléfono:
* E-mail:
(* *datos no obligatorios*)

Derecho de desistimiento:

Podrá ejercer el derecho de desistimiento dentro del período de 14 días establecidos por ley a partir del día siguiente de la fecha de un contrato de servicios o del día de la recepción de un producto.

De conformidad con el artículo 71 de la Ley 3/2014, de 28 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, le comunico que desisto del contrato de venta del bien/prestación descrito anteriormente dentro del término establecido, por lo que agradecería se pusiese en contacto conmigo mediante los datos de contacto facilitados, para notificarme que se ha procedido a esta solicitud.

Fecha de la solicitud:

Firma del consumidor/usuario: