

## FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir del contrato.  
A la atención de Iglesias Salud S.L.Unipersonal., con domicilio en Avenida de Marín, 22 bajo - 36940 Cangas (Pontevedra)

También puede remitirlo o consultarnos sus dudas a nuestro email: [hola@exclusivasiglesias.com](mailto:hola@exclusivasiglesias.com)  
O llamarnos al teléfono 986 392 263

D./Dña. .... con DNI ..... , con domicilio en .....y en ejercicio del derecho que me concede la Ley 3/2014 de 27 de marzo por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios dentro del plazo de 30 días naturales desde la fecha de recepción:

## MANIFIESTO

1. Que en fecha.....adquirí a la página web de IGLESIAS SALUD S.L.U. ([www.exclusivasiglesias.com](http://www.exclusivasiglesias.com)) el/los producto/s: ..... con numero de referencia del pedido: .....

2. Que he sido informado de mi derecho a desistir del contrato de compra dentro del plazo de 30 días naturales desde la recepción del producto, sin necesidad de indicar los motivos.

3. Que adjunto al presente documento de desistimiento, y copia de la factura de compra del producto adquirido.

4. Que ejerzo al derecho de desistimiento, devolviendo el correspondiente producto en perfecto estado con su embalaje original.

En ..... a ..... de ..... de 20....

Firmado. ....