

Mediante la presente, D./Dña. _____, con D.N.I./N.I.F. _____, pone en su conocimiento que desea desistir de la compra del producto Blephasteam® de acuerdo con los términos estipulados en la cláusula 10 de las Condiciones Generales de Venta del producto.

Nº de referencia de la orden de compra o de la factura

Fecha de la orden de compra

_____ de _____ de _____

Número de unidades de Blephasteam® que deseo devolver

Nº de cuenta bancaria en la que deberá ingresarse el importe abonado

Titular de la cuenta bancaria (nombre y apellidos)

Dirección/Teléfono de contacto

Horario preferido para contactar con usted

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____