

DOCUMENTO DE DESISTIMIENTO DE MEDICAL VISION LENS S.L.U

Enviar o bien a CALLE NOBEL N° 7 1º PLANTA MODULO 4 ó a
PEDIDOS@MEDICALVISION.COM

Nombre del Cliente: _____

NIF del Cliente: _____

Número de pedido: _____

Fecha Entrega PRODUCTO: ___/___/20__

Fecha Actual: ___/___/20__

Descripción del PRODUCTO(s):

MANIFIESTO

- I. Que he sido informado que, siempre que el artículo enviado sea exactamente el adquirido y no presente ninguna tara o defecto de fábrica, correrán por mi cuenta los gastos directos de devolución del producto.
- II. He sido informado de que no podré ejercitar mi derecho de desistimiento sobre productos que se encuentren exceptuados dentro de la cláusula de **EXCEPCIONES AL DERECHO DE DESISTIMIENTO**.
- III. Que adjunto al presente documento de desistimiento, copia de la factura de compra del producto adquirido.
- IV. Que he sido informado que, de conformidad con la normativa vigente, debo devolver el producto sin demora y, en cualquier caso, a más tardar en el plazo de 14 días naturales a partir de la fecha en que comunico mi decisión de desistir el contrato.
- V. Que en función de los mencionados artículos, ejerzo el derecho a desistimiento, devolviendo el correspondiente producto en perfecto estado, con su embalaje original, con todos los accesorios y promociones adheridas a la compra.

Asimismo, acepto que, en el caso de que sea aplicable mi derecho, me sea devuelto el

importe total abonado en su día, SIN intereses, a la cuenta que facilité en un plazo no superior a los 14 días naturales desde el momento de la recepción de la presente por parte del Prestador.

Firma:

Fdo. D/ña. _____ (El Cliente)