

MODELO DE FORMULARIO DE DESISTIMIENTO PARA SALUTEF

A la atención de Salutef:

Por medio del presente documento, yo,

....., comunico mi deseo de desistir del contrato de venta referente al siguiente bien o servicio:

Descripción del Producto/Servicio:

Número de Pedido:

Fecha del Pedido:

Fecha de Recepción del Pedido:

Nombre del Consumidor (nombre y apellidos):

Dirección del Consumidor (dirección completa):

CIF/NIF:

Teléfono de Contacto:

Correo Electrónico:

Motivo del Desistimiento (opcional):

[Explica brevemente el motivo de tu desistimiento, si lo deseas]

Instrucciones:

Por favor, rellena los campos requeridos en este formulario de desistimiento y envíalo a la dirección de correo electrónico de Salutef, info@salutef.es proporcionada en nuestra página de contacto o al correo electrónico específico para desistimientos, si se ha proporcionado uno. Una vez recibido, procesaremos tu solicitud y nos pondremos en contacto contigo para confirmar la recepción de tu desistimiento y proporcionarte información sobre los próximos pasos a seguir para la devolución del producto y el reembolso correspondiente.

Recuerda que el desistimiento debe efectuarse dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción del producto, conforme a lo estipulado en nuestra política de desistimiento.

Este formulario simplificado tiene como objetivo facilitar el proceso de desistimiento para los clientes de Salutef. Asegúrate de proporcionar toda la información requerida para evitar demoras en el procesamiento de tu solicitud.