

MODELO DE FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Este documento o carta solo se debe cumplimentar y enviar si desea desistir del contrato)

En:, a...../...../.....

Asunto: Desistimiento del contrato

A la atención de:

INSTITUTO MÉDICO DEL APARATO DIGESTIVO S.L.P. NIF: B01895051
C/ CLAUDIO COELLO, 117, 28006, MADRID.

Teléfono: +34 659 34 00 20

Correo electrónico: icadig@icadig.com

Titular de la siguiente página web: <https://icadig.com/>

Por medio de la presente, pongo en su conocimiento mi voluntad de DESISTIR de nuestro contrato de prestación de los siguientes servicios:

Consulta Presencial ICA dig del día:..../..../....

Videoconsulta ICA dig del día:..../..../....

Fecha en la que se realizó la reserva de la consulta:..../..../....

Nombre y documento de identidad (DNI/NIE/Pasaporte) del cliente (se adjunta copia):

.....

Dirección del cliente:

.....

.....

Teléfono del cliente:.....

Correo electrónico del cliente:.....

.....

Firma del cliente

(Solo si el formulario se presenta en papel)

DERECHO DE DESISTIMIENTO

En virtud de lo previsto en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, el consumidor tiene derecho a desistir del contrato celebrado a distancia (por teléfono, internet, correo postal, fax, en su domicilio, etc) **en un plazo de 14 días naturales sin necesidad de justificación.**

Se excluye del derecho de desistimiento a los contratos mencionados en el artículo 103 del Real Decreto Legislativo 1/2007 de 16 de noviembre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.