

# FORMULARIO DE REVOCACIÓN

Si desea anular el contrato, rellene y envíe este formulario.

**1) Destinatario**

Laboratorio Farmacéutico Lamosan Cía Ltda., Calle Paseo del Sol S6-574 y de los Luceros, Hipódromo. Cuauhtémoc, EC-Quito  
Correo electrónico: info@curaprox.ec

**2) Sus detalles**

Yo/Nosotros (\*) por la presente revoco/revocamos (\*) el contrato celebrado por mí/nosotros (\*) para la compra de los siguientes bienes (\*) / prestación del siguiente servicio (\*):

a) ordenado el (\*) / recibido el (\*)

---

b) Nombre del cliente

---

c) Dirección del cliente

---

d) Firma (solo para comunicados impresos en papel)

---

e) Lugar y fecha

---

(\*) Por favor, borrar cuando no corresponda.