

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.