

# MODELO DE FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

Si, como consumidor y usuario, deseas ejercer tu derecho de desistimiento, puedes hacerlo mediante el presente formulario, que deberás rellenar y hacernos llegar.

A la atención de FENIN. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, con domicilio en Calle Villanueva, 20 1ª planta, 28001, Madrid, España, teléfono 915 759 800 y dirección de email [formacion@feninfor.es](mailto:formacion@feninfor.es)

-----  
Por la presente, comunico que **desisto de mi contrato de venta de la siguiente relación de productos o servicios:** *(Indicar relación de productos o servicios respecto de los cuales se va a ejercitar el derecho de desistimiento)* .

\_\_\_\_\_

Pedido el: (Indicar fecha) \_\_\_\_\_

Nombre del consumidor \_\_\_\_\_

Domicilio del consumidor \_\_\_\_\_

Usuario: (Indicar) \_\_\_\_\_

Número de contratación: (Indicar) \_\_\_\_\_

Firma del consumidor y usuario (solo si el presente formulario se presenta en papel)

Fecha: