FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Rellene y envíe este formulario únicamente si desea desistir del contrato)

A:

Nombre de la empresa: PharmaHemp d.o.o.
Dirección: Cesta v Gorice 8, 1000 Ljubljana, Slovenia / EU
Dirección de correo electrónico: store@pharma-hemp.com
Número de teléfono: +386 1 6207 823

Por la presente, comunico que me desisto de mi contrato de venta de los siguientes productos:

Nombre(s) del producto: .....

.....

SKU/ID del artículo: .....

.....

Número de pedido: .....

Fecha del pedido: ..... Fecha de recepción: .....

DATOS DEL CLIENTE

Nombre del consumidor: .....
Dirección del consumidor: .....
Dirección de correo electrónico: .....
Número de teléfono: .....

MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN

(Opcional: nos ayuda a mejorar)

[ ] Cambio de opinión [ ] Talla o color incorrectos [ ] Artículo defectuoso o dañado
[ ] No se ajusta a la descripción [ ] Llegó demasiado tarde [ ] Otro: .....

.....

MÉTODO DE REEMBOLSO

Los reembolsos se realizan automáticamente a través del método de pago original. Si necesitas otras modalidades (sujetas a las condiciones), especifícalas aquí: .....

.....

FIRMA

(Solo es necesaria si este formulario se envía en formato impreso)

Firma del consumidor: ..... Fecha: .....

(*) Marca la casilla correspondiente.