

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario, si desea desistir del contrato).

A la atención de:

SALUD FORMACIÓN AVANZA S.L. (B-87453395)

C/ Dulcinea nº 19. Herencia (Ciudad Real)

C.Postal . 13640

email: administracion@forlacma.com

Telf. 682 845 142

D/Dña. _____, mayor
de edad, con D.N.I. _____, y domicilio a efectos de notificaciones en
_____ de
_____ provincia de _____ C.P. _____ .

Por la presente le comunico, que desisto de mi contrato de la siguiente restación del siguiente
servicio _____

_____ recibido el día _____ .

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo: