



FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

A la atención de:
Caser Servicios de Salud, S.A.
Avenida de Burgos nº 109 - 28050 Madrid.
Email: casermasbeneficios@caser.es

Por la presente le comunico que desisto del contrato de venta celebrado con ustedes en fecha _____ en relación a los siguientes productos y/o servicios:

Producto / Servicio / Referencia

Número de pedido:

Fecha de pedido:

Recepción del pedido:

Datos del usuario

Nombre y apellidos:

CIF/NIF/NIE:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

En _____, a ____ de _____ de _____.