

Formulario de Desistimiento

*Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir del contrato.

A la atención del Departamento de Administración de INSPIRIA DENTAL, SL,

Por la presente le comunico, que desisto de mi contrato de venta del Curso con nombre _____,
pedido el ___/___/___.

Datos del usuario:

Nombre: _____.

DNI/NIF/NIE o Pasaporte (del cual se adjunta copia): _____.

Dirección: _____.

Firma del usuario:

Fecha: ___/___/___.

Este documento deberá imprimirse y, una vez rellenado, ser enviado a la siguiente dirección a través de correo certificado: C/ Mayor de Fontenebro 238, 28400 Collado Villalba (Madrid) o de forma digital al siguiente correo electrónico: hablamos@inspiriadental.com

¿Tiene alguna duda? Puede contactarnos a través de los siguientes canales:

Email: hablamos@inspiriadental.com

Teléfono: (+34) 918552766.