

Modelo de formulario de cancelación

(Om du vill säga upp avtalet ska du fylla i den här informationen och skicka den till oss).

a:

visunext Spain S.L.U.

Conde de Aranda 1, 2º iz.

28001 Madrid

Fax: 93 412 28 14 Correo electrónico: info@visunext.es

Por la presente revoco/revocamos el contrato celebrado por mí/nosotros para la compra de los siguientes bienes/prestación del siguiente servicio

Pedido el/recibido el

Nombre del (de los) consumidor(es)

Dirección del (de los) consumidor(es)

Firma del (de los) consumidor(es) (sólo en caso de comunicación en papel)

Fecha

Táchese lo que no proceda