

FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

GT-MEDICAL SL
C/ LUIS I 94, 2ª PLANTA, LOCAL 8 28031, MADRID
913806575
clientes@gt-medical.com

Por el presente comunico que desisto del contrato de venta del siguiente producto/servicio:

Pedido recibido/ servicio:
Nombre del interesado:
Domicilio del interesado:
Correo electrónico:
Otras vías de contacto:

Fecha y lugar

Firma del interesado

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos obtenidos de este formulario serán incorporados a un fichero automatizado bajo la responsabilidad de ASOCIACION DE GERENTES DE CREDITO con la finalidad de atender su derecho de desistimiento en virtud de lo establecido en la Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre.

De acuerdo con los derechos que le confiere el la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal C/ LUIS I 94, 2ª PLANTA, LOCAL 8 28031, MADRID o al correo electrónico clientes@gt-medical.com.

El envío de este formulario implica la formalización de su derecho de desistimiento y en consecuencia, la extinción de la obligación de la ejecución del contrato celebrado entre las partes. Una vez tramitada su solicitud, ASOCIACION DE GERENTES DE CREDITO le remitirá acuse de recibo por medio del canal de comunicación que usted haya indicado en el citado formulario. Le recordamos, que lo deberá conservar como prueba del ejercicio de su derecho de desistimiento.