

## MODELO FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

MEDICAL SIMULATOR SL

c./Segunda Nº 8 28055, MADRID

913820888

online@medical-simulator.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 MEDICAL SIMULATOR SL 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.

Le informamos que trataremos sus datos conforme al cumplimiento de una Ley.

Asimismo, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal mediante un escrito a nuestra dirección c./ Segunda Nº 8 28055, MADRID.

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, MEDICAL SIMULATOR SL 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.