

## DOCUMENTO DE DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS

*Utilice este documento si en el plazo de 14 días hábiles desde la recepción del pedido desea devolverlo.*

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**NIF:**

**Nº DE PEDIDO:**

**FECHA RECEPCION DEL PEDIDO:**

Una vez cumplimentado este documento, tendrá que comunicarlo al departamento de Atención al cliente por correo electrónico en la dirección [ventappflj@gmail.com](mailto:ventappflj@gmail.com) o por teléfono 976470842, una vez recibido le indicaremos las pautas a seguir.

**Condiciones de desistimiento:**

1. La farmacia no podrá aceptar devoluciones de los medicamentos una vez hayan sido dispensados y entregados al cliente, salvo de aquellos medicamentos que hayan sido suministrados por error, no se correspondan con el pedido o hayan sido dañados durante el transporte. En todos los casos, los medicamentos devueltos irán destinados a su destrucción, a través de los sistemas integrados de gestión de residuos existentes.
2. Es necesario que el producto se devuelva en su embalaje original.
3. No se devolverán productos que se hayan confeccionados conforme a las especificaciones del consumidor o claramente personalizados.
4. La devolución del importe abonado se producirá a más tardar dentro de los 14 días naturales siguientes a partir de la fecha en la que se nos informe de su decisión de desistir del presente contrato. Procederemos a efectuar dicho reembolso utilizando el mismo medio de pago empleado por usted para la transacción inicial, a no ser que haya usted dispuesto expresamente lo contrario. Le devolveremos todos los pagos recibidos de usted, incluidos los gastos de entrega (con la excepción de los gastos adicionales resultantes de la elección por su parte de una modalidad de entrega diferente a la modalidad menos costosa de entrega ordinaria que ofrezcamos).

En caso de tener alguna duda sobre el proceso de devolución, puede contactar con nosotros en [ventappflj@gmail.com](mailto:ventappflj@gmail.com) o por teléfono 976470842.

Fecha:

Firma: