

DOCUMENTO DE DESISTIMIENTO

D/Dña. _____ con DNI/NIE/PASAPORTE/ID _____ expresa a la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TERAPIA GESTALT con CIF G78254729 y domicilio en calle C/ Mayor, n.º 58 - 5º F.C.P.- 28013 – Madrid, su voluntad de desistir del contrato MARCO JURÍDICO DE LA TERPIA GESTALT, dentro de los 14 días naturales desde la contratación del mismo, solicitando el reintegro de las cantidades abonadas hasta la fecha.

En _____ a _____ de _____ 2023