

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 _____ (NOMBRE DEL TALLER/FORMACIÓN) _____, dentro de los 14 días naturales desde la contratación del mismo, solicitando el reintegro de las cantidades abonadas hasta la fecha.

En _____ a _____ de 202____

Firma