




¿Cómo utilizar el formulario de retirada?

Ha realizado un pedido en el sitio web de MyOrigines y desea rescindir su contrato.

1 RELLENAR EL FORMULARIO
Por favor, rellene **todos los campos** del formulario de al lado.

Veillez à bien renseigner votre numéro de commande ainsi que la liste des produits concernés par le retour.

 Dispone de un plazo de **14 días** a partir de la fecha de recepción de su pedido para ejercer su derecho legal de desistimiento y devolvernos los productos en cuestión (de conformidad con los artículos L.121-20 y siguientes del Código del Consumidor).

No se aceptarán devoluciones de productos enviados después del periodo de desistimiento contractual.

2 PONERLO EN EL PAQUETE
Devuelva este documento en su paquete de devolución con los productos en cuestión.

 Todos los productos deben ser devueltos en **perfecto estado, sin abrir, sin embalar y sin usar, acompañados de su embalaje original, accesorios, instrucciones, etc.**

Nos reservamos el derecho de rechazar cualquier devolución que no cumpla con las condiciones anteriores.

3 DEVUELVA SU PAQUETE
Envíe su paquete de devolución a la siguiente dirección:

CLE - DIVABOX
Service Retour
Carrer de les Oliveres, Muelle 1
08800 - Vilanova i la Geltrú
Espanne

España :
<https://devoluciones.puntopack.es/d/F3MYOR1?SiteId=Spain+ES>
Conserve una prueba del depósito de su paquete de devolución ante el transportista.
Todo riesgo relacionado con la devolución de un producto corre a cargo del comprador.

cio de Atención al Cliente **+34 919 01 72 54**

Formulario de retirada

que debe imprimirse, rellenarse, firmarse e incluirse en el paquete de devolución.

Por la presente, notifico mi renuncia al contrato de venta de los productos que figuran a continuación* (*marque la casilla y rellene el nombre de los productos en cuestión en los campos siguientes*)

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____

+ Más de 8 productos ? puede escribirlos en el reverso del formulario.

Número de pedido* : _____

Recibido el* : _____

Su Nombre* : _____

Su dirección* : _____

Código postal : _____ Ciudad : _____

Fecha* : _____

Firma* : _____

* campos obligatorios