



## FORMULÁRIO DE LIVRE RESOLUÇÃO

(SÓ DEVE PREENCHER E DEVOLVER O PRESENTE FORMULÁRIO SE QUISER RESOLVER O CONTRATO)

Nome: Daniel Castelo Brands, Unipessoal, Lda.

Contribuinte: 513055320

Telefone Geral: +351 226 103 333

Morada: Praça do Império, nº 63, 4150-403 Porto

Email: info@housewineexperience.com

Pela presente comunico que resolvo o nosso contrato de compra e venda relativo a:

Produto:

Encomenda nº:

Encomendado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Nome do Cliente:

Morada do Cliente:

N.º de telefone do Cliente:

Email do Cliente:

Assinatura do consumidor (só no caso de o presente formulário ser notificado em papel):

\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.



## RETURNS FORM

(FILL AND RETURN THIS FORM SHOULD YOU WISH TO TERMINATE THE CONTRACT)

Name: Daniel Castelo Brands, Unipessoal, Lda.

TAX ID: PT513055320

Phone Number: +351 226 103 333

Address: Praça do Império, nº 63, 4150-403 Porto

Email: info@housewineexperience.com

I hereby state that it is my wish to terminate the purchase contract related to the following items:

Product:

Order nº:

Ordered in \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Delivered in \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Customer name:

Customer address:

Customer phone number:

Customer e-mail:

Customer signature (only when this form is printed and delivered in paper)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



## FORMULARIO DE RESOLUCIÓN GRATUITO

(SOLO DEBE COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO SI DESEA TERMINAR EL CONTRATO)

Nombre: Daniel Castelo Brands, Unipessoal, Lda.

NIF: PT513055320

Teléfono: +351 226 103 333

Morada: Praça do Império, nº 63, 4150-403 Porto

Email: info@housewineexperience.com

Mediante este aviso, estoy resolviendo nuestro acuerdo de compra y venta con respecto a:

Producto:

Pedido nº:

Pedido en \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Recibido en \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nombre del Cliente:

Morada del Cliente:

N.º de teléfono del Cliente:

Email del Cliente:

Firma del consumidor (solo si este formulario se notifica en papel):

\_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.