



MODULO DI RICHIESTA ACCETTAZIONE DEL RESO PER DIRITTO DI RECESSO DA SPEDIRE CON RACCOMANDATA A.R.

Data _____

Nome e Cognome Cliente-Consumatore: _____

Tel.: _____ e-mail a cui inviare l'accettazione _____

Con la presente intendo avvalermi del DIRITTO DI RECESSO e dichiaro di aver preso visione delle regole e limitazioni di questo diritto, come segnalato nelle Condizioni di Vendita riportate nelle clausole di contratto presenti all'interno del sito (D.Lgs.N.185/1999 protezione dei consumatori in materia di contratti a distanza o e-commerce).

COMPILARE IN STAMPATELLO

Codice prodotto	Quantità	Descrizione del prodotto

Riferimenti acquisto:

N. Ordine: _____ N. Fattura: _____ Data: ___/___/___

Codice IBAN per Bonifico Bancario _____

Intestatario Conto Corrente _____

Numero Carta per Ricarica PostePay _____

Intestatario Carta PostePay _____

Altro metodo di rimborso preferito _____

Firma _____

N.B. La ricezione del prodotto deve avvenire entro 10 giorni dalla data della richiesta servizio