

MODULO DI RECESSO

Spett.le
Farmacia Lastretti snc
Via Posillipo, 84/A
80123 Napoli
Tel. 08119550613
Whatsapp 08119550613

Oggetto: richiesta Diritto di recesso ai sensi dell'art.52 D.Lgs 206/05

Il sottoscritto/a.....
Con la presente richiede di esercitare il diritto di recesso per i seguenti prodotti:

Codice prodotto.....

Descrizione prodotto.....
.....
.....

Numero ordine.....
Ordinato il

- Dichiaro di rendere il prodotto integro in ogni sua parte, completo di confezione originale.
- Dichiaro che il prodotto è integro, perfettamente rivendibile e privo di segni di usura o sporcizia

Data

Firma (solo se il presente modulo è notificato in versione cartacea)