



MODULO DI RECESSO

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Residente in _____

Telefono Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____

Comunica al Venditore la volontà di esercitare il diritto di recesso entro il termine di 30 giorni, decorrenti dal giorno in cui ha acquisto il possesso dei Prodotti quali: *(Indicazioni dei prodotti di restituire)*

Motivo del recesso:

Data e numero Ordine:

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a restituire i beni a proprie spese senza indebito ritardo e comunque entro 14 giorni dalla presente. Contestualmente chiede il rimborso di tutti i pagamenti effettuati, pari ad Euro _____ *(inserire importo pagato)* mediante _____ *(inserire codice IBAN)*.

Data

Firma

