MODULO DI RECESSO

Spett.Le

Farmacosmo S.p.A.

Via F. Crispi, 51

80121 Napoli

Tel 0810901314

Fax 0810901315

Oggetto : Richiesta Diritto di recesso **-** ai sensi dell'art.49, comma 1, lett. h)

Il sottoscritto/a

……..

Con la presente richiede di esercitare il diritto di recesso per i seguenti beni/servizi

Codice prodotto:_____

Descrizione prodotto : _____

_____

Numero ordine:_____

Ordinato il:_____

- Dichiaro di rendere il prodotto integro in ogni sua parte, completo di confezione originale.
- Dichiaro che per stabilire la natura, le caratteristiche e il funzionamento del bene il prodotto è stato manipolato e ispezionato con normale diligenza e che verrà reso perfettamente funzionante, corredato da tutti gli accessori e i fogli illustrativi, con i cartellini identificativi, le etichette, ove presenti, ancora attaccati al prodotto e integri, nonché perfettamente idoneo all'uso cui è destinato e privo di segni di usura o sporcizia.
- Dichiaro di essere responsabile della diminuzione del valore del bene risultante da una manipolazione dello stesso diversa da quella necessaria per stabilire la natura, le caratteristiche e il funzionamento.

Data

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