

MODULO DI RESO

Dati obbligatori

Cognome e Nome		Email
Indirizzo		Telefono
Cap	Città	Stato

ID ORDINE	☐ Reso Intero Ordine ☐ Reso Parziale	Reso Parziale Prodotto	Costo
DATA ORDINE	USERNAME SITO		
Nominativo e indirizzo di Spedizione			

Motivo del recesso: si prega di segnare quello corrispondente

☐ Merce danneggiata	☐ Non Conforme	☐
--	---------------------------------------	--------------------------------

Modalità di rimborso:

☐ Con Bonifico Bancario: intestato a : IBAN
☐ Paypal indirizzo email :

- ☐ Il cliente può esercitare il diritto di recesso restituendo la merce al mittente entro 14 giorni dal ricevimento.
- ☐ La comunicazione dovrà avvenire mediante invio di mail all'indirizzo info@medicinadellavoro.com
- ☐ La comunicazione dovrà contenere l'indicazione dei prodotti da restituire ed il loro riferimento d'acquisto.
- ☐ I prodotti dovranno essere resi in stato di integrità accompagnati dai loro documenti originali.
- ☐ Entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento dei prodotti resi la CartSan S.r.l. provvederà ad effettuare l'accredito al cliente dell'importo di acquisto decurtato delle spese di spedizione iniziali ed eventuali costi bancari. Dal rimborso sono escluse le spese di spedizione ed eventuali spese per danni accertati all'imballo originale

Firma di accettazione _____