

Modulo di recesso - ai sensi dell'art.49, comma 1, lett. h) – (compilare e restituire il presente modulo solo se si desidera recedere dal contratto)

Farmacia De Bella Dr. Marco
VIA NARNESE 1 - 05032 Calvi dell'Umbria
Tel.: 0744.710118 - Cell.: 335.5652480
E-mail: farmaciadebella@libero.it

- Con la presente io/noi* notificiamo il recesso dal mio/nostro* contratto di vendita dei seguenti beni/servizi*:

- Numero Ordine (come indicato nella e-mail di conferma dell'ordine):

- Ordinato il _____, /Ricevuto il _____

- Indirizzo del/dei consumatore/i

- Firma del/dei consumatore/i (solo se il presente modulo è notificato in versione cartacea)

- Data
