

MODULO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI RECESSO

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e deve essere trasmesso entro 14 giorni dalla data di ricevimento della merce con una delle seguenti modalità:

- **Per posta, a mezzo raccomandata a/r, al seguente indirizzo:**

Dolomiti Medical by Holding Dolomiti S.R.L., Via Carlo Rizzarda, 8, Feltre (BL)

- **A mezzo email, al seguente indirizzo:**

assistenza@dolomitimedical.com

Io sottoscritto

Nome _____

Cognome _____

Residente a

(indicare possibilmente l'indirizzo di fatturazione inserito nell'ordine)

con la presente notifico il recesso dal contratto di vendita

effettuato in data ____/____/____ numero di conferma _____ *(opzionale)*

ricevuto il ____/____/____

Mi impegno a restituire i beni a mie spese senza indebito ritardo e comunque entro 14 giorni dalla presente. Contestualmente chiedo il rimborso di tutti i pagamenti da me effettuati, sul medesimo mezzo di pagamento usato per l'acquisto.

Data ____/____/____

Firma del consumatore

(solo se il modulo è notificato in versione cartacea)