

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 Catastini  
VIALE VERDI, 7 - 05026 Montecastrilli  
Tel.: 0744940216 | 800.21.76.70  
E-mail: farmaciacatastini@gmail.com

- 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

\_\_\_\_\_