

**MODULO DI RESO**

N° ordine: \_\_\_\_\_

Data ordine: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Indirizzo rimborso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codice articolo	Descrizione articolo	Quantità	Motivo n.

**Motivi del reso**

1. L'articolo si è danneggiato durante il trasporto.
2. Non avevo ordinato l'articolo ricevuto.
3. L'articolo non mi soddisfa.
4. L'articolo è difettoso. 5. L'ordine è stato spedito due volte.
6. Intendo avvalermi del diritto di recesso entro 14 giorni a partire dalla data di ricezione della merce.
7. Altro. Si prega di precisare: .....

**Indirizzo per i resi:**

Farmacia Ciato  
 Via Acquapendente 51, 35126 Padova (PD) Italia  
 049 687642  
 online@farmaciatiato.it

**Gli ordini pagati in contrassegno** saranno rimborsati via bonifico bancario inserendo le tue coordinate come segue:

Titolare del conto: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

SWIFT: \_\_\_\_\_

Tutti i moduli di reso che non conterranno le informazioni bancarie elencate non potranno esser rimborsati tramite bonifico