

MODULO DIRITTO DI RECESSO
(D.LGS 206/2005 ART.49 E SEGG.)

SPETT.LE
FADE SPA
STRADA CARDIO 52
47899 SERRAVALLE
REPUBBLICA DI SAN MARINO

.....li,.....

Raccomandata A/R

Oppure inviare per email: shop@fade.sm

OGGETTO: esercizio del diritto di recesso

Il sottoscritto

(nome)....., (cognome).....,

(residenza e/o domicilio della persona che ha acquistato)

.....

intende avvalersi, in base al D.Lgs 206/2005 e successive modifiche, art.49 e segg., del diritto di recesso in merito all'acquisto effettuato in data.....del seguente bene.....ordinato il.....ricevuto il.....con bolla di consegna numero.....del

Si richiede inoltre la restituzione della somma di euro non comprensiva di spese di spedizione, con bonifico bancario ed a tal proposito si indica il proprio codice IBAN: del c/c intestato a

Distinti saluti

FIRMA