

Allegato 2 - MODULO DI RECESSO DA ACQUISTO da allegare al reso

Nome.....	Num. fattura:.....
Indirizzo.....	Data fattura:.....
.....	Codice Fiscale:

Motivo della richiesta (opzionale):

.....

.....

Descrizione articoli che si intende rendere:	Codice	N. Pezzi	Note

Provvedere entro 14 giorni lavorativi, alla spedizione del prodotto accuratamente imballato nella confezione originale e completo di ogni accessorio, dei manuali di istruzione e di tutto quanto in origine contenuto. Soltanto gli articoli restituiti entro i termini, in perfetto stato e nel loro imballaggio originale integro saranno oggetto di un rim-borso. Il presente modulo compilato in ogni sua parte è da allegare alla merce resa. La spedizione per la restituzione della emrce è a carico del cliente (saranno rifiutate spedizioni a nostro carico).

L'indirizzo di destinazione è:
 RAM APPARECCHI MEDICALI s.r.l.
 Via Casaregis 19/25R
 16129 Genova (GE)

ATTENZIONE: si consiglia di utilizzare per la spedizione un corriere o altro mezzo idoneo a permettere la rintracciabilità della spedizione. Resta inteso che RAM non procederà al rimborso della merce oggetto del recesso, qualora non riceva la relativa consegna. Assicurare contro il furto e i danni da trasporto la spedizione e farsi carico delle relative spese. Qualora il prodotto reso non sia stato assicurato per il valore indicato in fattura, in caso di danni o smarrimenti avvenuti durante il trasporto, RAM APPARECCHI MEDICALI s.r.l. si riserva il diritto di addebitare eventuali danni subiti trattenendoli dalle somme da rimborsare.

RAM APPARECCHI MEDICALI s.r.l. procederà al rimborso entro i 14 giorni lavorativi successivi alla ricezione della richiesta di recesso e comunque non prima della ricezione dei beni.

Firma

IBAN: _____