

Modulo di recesso tipo
- ai sensi dell'art.49, comma 4, Codice del Consumo -

(compilare e restituire il presente modulo solo se si desidera recedere dal contratto)

Spett.le
Farmacia Speghini di Speghini Dr. Vincenzo
Via Risorgimento, 17
40048 San Benedetto Val Di Sambro (BO)

e-mail: info@italyfarma.it

Con la presente io notifico il recesso dal mio contratto di vendita dei seguenti beni/servizi (*)

descrizione dei beni/servizi oggetto del contratto

- Ordinato il (*) / ricevuto il (*)
- Numero d'ordine:
- Nome del consumatore
- Indirizzo del consumatore

Data: _____

Firma del Consumatore

(solo se il presente modulo è notificato in versione cartacea)

(*) Cancellare la dicitura inutile