RICHIESTA DI RESO

(Inserire data di richiesta)



Indirizzo di fatturazione e spedizione

Dati del Richiedente (i dati devono coincidere con quelli riportati nell'ordine)

Abbiamo ricevuto la tua richiesta di reso. Ti ricordiamo che, come indicato nelle condizioni di vendita, le spese di reso sono a carico del cliente.

Il tuo ordine deve essere restituito entro 14 giorni dal ricevimento dell'ordine.

Numero di Ordine	Data dell'Ordine

Art	ticoli da restituire	Riferimento	Quantità

Se le seguenti condizioni non sono rispettate, ci riserviamo il diritto di rifiutare il tuo pacco e/o il rimborso:

Il presente documento deve essere inserito nel pacco da spedire.

- Tutti i prodotti devono essere resi nei loro imballi e condizioni originali, non utilizzati e privi di danni. Se tali condizioni non sono rispettate il rimborso non verrà effettuato
- Stampa questo documento ed inseriscilo nel pacco da restituire.
- Il pacco deve essere restituito al seguente indirizzo:

E-medical.it c/o Presso Medical Center MG Srl C.da Santa Loja Snc 85050 Tito Scalo Potenza Italia

Una volta ricevuto il pacco, ti invieremo una comunicazione via e-mail. Successivamente, se previsto, avvieremo la procedura di rimborso, che verrà effettuato entro 15 giorni dalla ricezione della merce. Per qualsiasi necessità, siamo a tua disposizione.