



Compilazione a cura di Antraseptic

MODULO DI RESO(RMA) N° del / /

NUMERO DI COLLI PER LA SPEDIZIONE:

SPESE DI RIENTRO SOSTENUTE DA:

Nome e Cognome/Azienda: _____

Indirizzo: _____ CAP: _____

Città: _____ Provincia: _____

Tel.: _____ email: _____ C.F. o P. IVA: _____

Info aggiuntive: _____

Si richiede reso per: ordine completo solo alcuni prodotti di un ordine

Si preferisce ricevere il rimborso: tramite accredito finanziario* tramite buono di spesa

RIFERIMENTO FATTURA	N° DI PEZZI DA SOSTIUIRE	PRODOTTO	DESCRIZIONE DEL DIFETTO

DOVE SPEDIRE IL MATERIALE:

Antraseptic

Via Castellana Sicula, 16 00132 Roma

Tel 06-97840500

Il cliente accetta le condizioni di reso riportate sul sito web
www.antraseptic.com/come-funziona/15-resi

DATA

TIMBRO E FIRMA

/ /

.....