



MODULO DI RECESSO

Il presente modulo è ad uso esclusivo dei clienti di Top Parafarmacia S.p.A.

ANAGRAFICA CLIENTE:

Cognome e nome
Codice fiscale.....
Indirizzo (via/piazza) N° CIV. CAP Comune.....
Prov. Stato

Indicare almeno un riferimento di contatto per la richiesta di ulteriori informazioni necessarie alla lavorazione del reclamo e per l'invio della risposta

- e-mail
- Telefono fisso o cellulare

OGGETTO DEL RECESSO:

E-mail associata all'account da cui è stato effettuato l'ordine
Nr. Ordine
Data Ordine

MOTIVO DEL RECESSO:

.....

Data _____

Firma Cliente _____