



Modulo Infinity Farma da inserire nel pacco

MODULO DI RESO

Il presente modulo serve a identificare e gestire la restituzione.
Non sostituisce la comunicazione con cui è stato esercitato il diritto di recesso.

Dati del Cliente

Nome e cognome: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

E-mail utilizzata per l'ordine: _____

Dati dell'ordine

Numero dell'ordine: _____

Data dell'ordine: ____ / ____ / ____

Data di consegna: ____ / ____ / ____

Data della comunicazione di recesso o della segnalazione: ____ / ____ / ____

Prodotti restituiti

Codice prodotto	Descrizione	Quantità	Lotto, se utile

Tipo di richiesta

Selezionare la voce applicabile:

- ☐ Diritto di recesso senza indicazione del motivo
- ☐ Prodotto ricevuto diverso da quello ordinato
- ☐ Quantità ricevuta non corretta
- ☐ Prodotto danneggiato durante il trasporto
- ☐ Prodotto difettoso o non conforme
- ☐ Consegna duplicata
- ☐ Altro: _____

In caso di diritto di recesso, l'indicazione del motivo è facoltativa.

Descrizione utile alla gestione

Contenuto del pacco

- ☐ Prodotti indicati nel presente modulo
- ☐ Accessori eventualmente ricevuti
- ☐ Documentazione o altri elementi pertinenti
- ☐ Fotografie già inviate all'assistenza
- ☐ Altro: _____

Note

Il rimborso viene effettuato secondo le Condizioni Generali di Vendita e, di regola, mediante lo stesso mezzo di pagamento utilizzato per l'acquisto.

Non inserire nel modulo dati completi della carta di pagamento, password, credenziali o altre informazioni riservate.

Eventuali coordinate bancarie devono essere comunicate separatamente soltanto quando richieste da Infinity Farma e necessarie per l'esecuzione del rimborso.

Luogo e data: _____

Firma facoltativa: _____

Destinatario

Farmacia Risoleo S.r.l. – Infinity Farma
Viale Antonio Gramsci n. 64
88051 Cropani Marina (CZ)