



MODULO DI RECESSO

Modulo di recesso ai sensi dell'art.49, comma 1, lett. h) Decreto Legislativo 206/2005 e successive modificazioni

Compilare e restituire il presente modulo solo se si desidera recedere dal contratto, inviandolo a: LONGLIFEFormula S.p.A., viale Marconi 14/16, 47011 Castrocaro Terme (FC), tel 0543.412711, fax 0543.412715, mail: amministrazione@termedicastrocaro.it

Con la presente si certifica il recesso dal contratto di vendita dei seguenti beni:

Ordine nr.

Effettuato il:

Ricevuto il:

Nome e Cognome e/o Denominazione dell'acquirente:

Indirizzo e recapito telefonico dell'acquirente:

Firma dell'acquirente:

Data

Allegare copia del documento di identità e della documentazione fiscale di acquisto.

LONGLIFE Formula S.p.A.

Viale Marconi, 14/16 | 47011 Castrocaro Terme (FC) | Tel. 0543.412711 | Fax 0543.412715 | info@termedicastrocaro.it
| www.termedicastrocaro.it
Capitale Sociale € 1.600.000,00 euro i.v. | C.F. e P.IVA 02363180403 | Iscrizione R.E.A Forlì-Cesena n.259805
Società di GVM Care & Research S.p.A.