# MODULO PER LA RESTITUZIONE

Dati Personali

| | |
|---|---|
| **Nome Cognome / Ragione sociale** | |
| **Ordine N.** | |
| **Telefono** | |
| **Indirizzo** | |
| **Codice Postale** | |

Merce Resa

| Articolo | Motivo della Restituzione | Cambio | Rimborso |
|---|---|---|---|
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |
| | | ☐ | ☐ |

Note

| |
|---|
| |
| |
| |
| |

**Chemical s.r.l.**

Via del Lavoro, 5
Casine di Ostra (AN)
Tel : 071 688248

customercare@chemicalsrl.it
www.chemicalsrl.it