



## MODULO DI RESO

N° ordine: .....  
Data ordine: .....  
Cognome: .....  
Nome: .....  
Indirizzo e-mail: .....

Codice articolo	Descrizione articolo	Quantità	Motivo n°

### Motivo del reso

1. L'articolo si è danneggiato durante il trasporto.
2. L'articolo ricevuto non corrisponde a quello ordinato.
3. L'articolo non mi soddisfa.
4. Il colore non mi piace / non mi si addice.
5. L'articolo è difettoso.
6. L'ordine è stato spedito due volte.
7. Intendo avvalermi del diritto di recesso entro 14 giorni a partire dalla data di ricezione della merce.
8. Altro. Si prega di precisare:

.....

QUINTUS SRL

VIA GIOVANNI GUTENBERG 15

00134 ROMA (RM) - ITALIA

P.Iva IT14341821008 - C.F. 14341821008 Tel. 3928206831

[www.pharmacomplex.it](http://www.pharmacomplex.it)

[commercialeweb@pharmacomplex.it](mailto:commercialeweb@pharmacomplex.it)