

**RICHIESTA RIMBORSO E/O SOSTITUZIONE**

SPEDIRE AL FAX N° 059-99931186

<b>DATI CLIENTE</b>	
Nome Cogn. o Rag.Soc.	
Cod.Fisc.o Partita IVA	
Indirizzo	
CAP – Città – Prov.	
Telefono	
Fax	
Cellulare	
Email	
Codice Ordine	

RICHIESTA DI:

- RIMBORSO  
 SOSTITUZIONE  
 ALTRO

**NOTE**


**METODO DI RIMBORSO**

Bonifico bancario  su conto intestato a \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_

C/C \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Assegno non trasferibile

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_