

## MODULO RICHIESTA RIMBORSO HOMEDICS

(compilare in stampatello)

CHIEDO IL RIMBORSO DEL PRODOTTO SOTTO DESCRITTO

Codice prodotto acquistato: \_\_\_\_\_

Motivo dell'insoddisfazione per il prodotto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per la comunicazione di attività promozionali

Data Compilazione \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Per informazioni scrivere all'indirizzo [italia@homedics.com](mailto:italia@homedics.com) o chiamare il Servizio Clienti HoMedics al numero 02.91483342.

I SUOI DATI PERSONALI (D.Lgs.196/2003 e prescrizione Garante 19 giugno 2008)

Trattiamo i dati contenuti nel presente modulo esclusivamente per finalità amministrative, commerciali e contabili, mediante incaricati interni e, in alcune operazioni, utilizzando altri titolari. Il testo completo riportante informazioni dettagliate, anche in ordine al diritto di accesso, aggiornamento e cancellazione, può essere consultato all'indirizzo [www.homedics.it](http://www.homedics.it) .