

## MODULO DI RECESSO

(compilare e restituire solo se si desidera recedere dal contratto)

Destinatario: ORTOPEDIA VIMEDICAL SRL  
VIA DEL PROGRESSO N. 23  
36010 MONTICELLO CONTE OTTO ( VI )  
P.IVA 03983440243  
MAIL: [shop@vimedical.it](mailto:shop@vimedical.it)  
TEL. : 0444/597423

Luogo e Data:

Con la presente io/noi (\*)

notifichiamo il recesso dal mio/nostro (\*) contratto di vendita dei seguenti prodotti/servizi (\*):

ricevuto il giorno:

Nome del/dei consumatore(i):

Indirizzo del/dei consumatore(i):

IBAN per riaccredito:

Firma (\*\*)

(\*) Cancellare la dicitura inutile.

(\*\*) Solo se il presente modulo è notificato in versione cartacea.