**Questo modulo va compilato per recedere da un contratto a distanza o negoziato fuori dei locali commerciali entro 14 giorni (di calendario) dal ricevimento dei beni o dalla data di conclusione del contratto nel caso di fornitura di un servizio.**

**Le parti in corsivo sono da completare, quelle evidenziate in grigio da cancellare.**

**Modulo di recesso**

**per contratti a distanza o negoziati fuori dei locali commerciali**

**ai sensi dell’art. 49, comma 1, lett. h) del Codice del Consumo**

*Data*

Spett.

*Boero Clinic Cagliari s.r.l.*

*Via Antonio Pacinotti, 35, 09128, Cagliari (CA)*

inviato via e-mail a: [*assistenza.boeroclinic@gmail.com*](mailto:assistenza.boeroclinic@gmail.com)

oppure raccomandata a/r

*Via Antonio Pacinotti, 35, 09128, Cagliari (CA)*

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*inserire nome e cognome del consumatore che ha concluso il contratto)*, con l'invio del presente modulo notifico il recesso dal contratto di vendita dei seguenti *beni/servizi,* ordinati in data *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inserire data di conclusione del contratto) e ricevuti in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(inserire data di ricevimento dei beni).*

Se è prevista la restituzione di apparecchi/dispositivi mi impegno a farlo senza indebito ritardo e comunque entro 14 giorni dalla presente. Contestualmente chiedo il rimborso di tutti i pagamenti da me effettuati, pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(inserire importo pagato)* mediante *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inserire metodo di pagamento utilizzato per pagare il prezzo, ad esempio: bonifico bancario – codice IBAN (in caso di bonifico nazionale inserire codice IBAN; se bonifico transfrontaliero anche codice BIC) oppure ad esempio riaccredito sulla carta di credito utilizzata per il pagamento)* entro lo stesso termine.

Cordiali saluti