



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 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 .

FKA Brands S.r.l.

**Via Giosuè Carducci, 125
20099 Sesto S. Giovanni (MI),
ITALY**

**T +39 02 2493761
F +39 02 24937641**

VAT No: IT-06181870962