

**Farmacia e Sede Legale**

/ Via Bernardo Cavallino,  
8 - 14, 80128 Napoli

PI: 07417261216

**Modulo di richiesta reso**

Compila questo modulo, stampalo ed inseriscilo all'interno del pacco insieme ai prodotti da rendere.

---

**Dati dell'Ordine:**

- Numero Ordine: \_\_\_\_\_
- Nome Prodotto/i : \_\_\_\_\_
- Quantità: \_\_\_\_\_

**Dati del Cliente:**

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

**Motivo del Reso (selezionare una delle seguenti opzioni):**

- Reso accordato / Ho ordinato un prodotto sbagliato o che non mi serve
- Ho ricevuto un prodotto diverso da quello ordinato
- Ho ricevuto un prodotto rotto (o più prodotti rotti)
- Ho ricevuto un prodotto scaduto
- Ho ricevuto un prodotto con scadenza troppo ravvicinata
- Ho ricevuto un pacco che non è il mio

**In seguito al reso, cosa preferisci:**

- Vorrei il rimborso
- Vorrei un credito per il mio prossimo ordine
- Non è necessario il rimborso ( ho già richiesto la sostituzione)

**Sede Logistica  
ed Amministrativa**

/ Via delle Repubbliche Marinare,  
124 - 128, 80147 Napoli

**tel farmacia:** +39 081 770 26 32

**tel ordini online:** 081 189 12 075

**mail:** help@anticafarmaciaorlandi.it

**pec:** anticafarmaciasas@legalmail.it