



MODULO DI RESO GOODS RETURN FORM

Numero Ordine / Order No. # :

Data Ordine / Date of Order:

Cognome / Surname:

Nome / Name:

email:

tel/phone:

Codice Articolo Item Code	Descrizione Articolo / Item Description	Quantità Quantity	Motivo n. Reason no.

Motivi del reso / Reason for Return:

1. Articolo si è danneggiato nel trasporto / Goods damaged during shipping
2. Non ho ordinato l'articolo ricevuto / I received the wrong item
3. Articolo non mi soddisfa / I'm not satisfied with the product
4. Articolo è difettoso / The item is defective
5. Articolo mi ha provocato una reazione allergica/ The product caused me an allergic reaction.
6. Non è stato possibile consegnare il pacco al destinatario / The courier could not deliver the package
7. L'ordine è stato spedito 2 volte / Order was shipped twice
8. Intendo avvalermi del diritto di recesso entro 14 giorni a partire dalla data di ricezione della merce
I want to avail the consumers' right of withdrawal during 14 days after receipt of the goods.
9. Altro motivo. Specificare / Other reason. Please specify:

Indirizzo per i resi / Address for goods return:

LKC Pharma Srl
Via del Lavoro 4a/6
20865 Usmate Velate (MB)
ITALIA

Servizio Clienti / Customer Care

lun-ven/mon.-fri 9am-12am

email: shop@lkcpharma.com
Tel/Phone +39 331 607 3444