

MODULO PER: RECLAMO - SUGGERIMENTO - RICHIESTA DI RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

Abitante a _____ in via _____

C.A.P. _____ telefono _____ fax _____

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n° 196 La informiamo, che i dati da Lei forniti saranno trattati da questa azienda nel rispetto della Sua privacy.

SPORGE RECLAMO PER IL SEGUENTE MOTIVO:

.....
.....
.....

LINEA ORA Cod. AUTISTA

SUGGERIMENTO:

.....
.....
.....

RICHIESTA DI RIMBORSO:

.....
.....

DATA: _____

FIRMA: _____

ATTENZIONE: il modulo compilato deve essere consegnato a mano o spedito presso la sede aziendale della Caronte S.r.l. Viale Rimembranze, 134 - 20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI) oppure inviato per e-mail all'indirizzo info@caronteweb.net. Solo in caso di richiesta di rimborso il modulo deve essere spedito tramite raccomandata A.R. entro il secondo giorno successivo a quello dell'accaduto.

La direzione della Caronte S.r.l. risponderà entro 30 giorni dalla data di ricevuata del presente modulo.

PARTE RISERVATA ALL'AZIENDA

DATA DI RICEVIMENTO: _____ RECLAMO N. _____ SIGLA DG _____