

FORMULARIO ESTÁNDAR PARA EJERCER EL DERECHO DE RESCISIÓN

En conformidad con el art.49, ap. 1, letra h) del DL 21/2014

(Rellene este formulario y envíelo a Luxottica solo en caso de querer rescindir el contrato)

A la atención de:

Luxottica Group S.p.A.

Piazzale Cadorna, 3

20123 Milán

Italia

Número de Teléfono: +39 02 863341

Número de fax: +39 0286334050

Correo electrónico: supportes@shop.vogue-eyewear.com

Con este formulario, yo \_\_\_\_\_ notifico mi decisión de rescindir el contrato de venta con Luxottica Group S.p.A.:

- Pedido realizado el [indique la fecha del pedido]
  
- Recibido el [indique la fecha en que ha recibido el paquete]
  
- Número de devolución: \_\_\_\_\_

(asignado por el Servicio de atención al cliente de Vogue-eyewear)

- Nombre del Consumidor: \_\_\_\_\_

- Dirección del Consumidor: \_\_\_\_\_

Firma del Consumidor:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_