

**Modulo Cambio Taglia**

Calzaturificio Gal.men S.r.l.

Sede Legale: Via Fonte Giugliano, 4/6 63812 Montegranaro (FM) ITALIA

P.IVA: 01039880446

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Mi avvalgo del Cambio Taglia del/i seguente/i articolo/i:

Codice Articolo	Taglia Ordinata	Nuova Taglia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ordine N° \_\_\_\_\_

Si richiede il rimborso utilizzando lo stesso mezzo di pagamento usato per la transazione iniziale

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il presente **Modulo Cambio Taglia** deve essere compilato e trasmesso a seconda del mezzo utilizzato, ai seguenti recapiti:

CALZATURIFICIO GAL.MEN S.R.L., Via Fonte Giugliano, 4/6 - 63812 Montegranaro (FM);

e-mail: [customercare@primabase.it](mailto:customercare@primabase.it)