

da compilare a cura del cliente / to be filled by the customer

Modulo di Autorizzazione al Reso / Riparazione Return / Repair Authorization Form

Nome - Name		Cognome - Surname	
Indirizzo -Address			
Cap - Zip code		Città Town	Nazione Country
Telefono - Phone		Mail	
Codice Fiscale /Partita Iva VAT tax code			
Indirizzo di spedizione (se diverso dall'indirizzo di residenza) - Delivery address (if different)			
Casco acquistato Helmet purchased	presso punto vendita ufficiale KEP official KEP point	☐	quale - which
	e-commerce	☐	
	altro other	☐	
Motivo del reso - Reason of return			
Riparazione Repair	☐	Cambio componenti Components change	☐
		Controllo post caduta Safety check after fall	☐
		Altro Other	☐
Dati del casco - Details of helmet			
Tipo casco Helmet type	Nr serie / lotto Serial number	Descrizione del problema Description of the problem	Riferimenti fatt acquisto (nr/data) Purchase docs (nr/date)
Note			
Data e luogo - Date and place		Firma - Signature	

Garanzia / Warranty	
Costi / costs	

Indirizzo di spedizione/Shipping address:

Kep Italia Srl, via A. Volta, 11/13, 25080 Calvagese della Riviera (BS) ITALIA

Tel/Phone : (+39) 030 6700172 - contact@kepitalia.com