



Superior Helmets

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	<input type="checkbox"/>	quale - which		
	e-commerce	<input type="checkbox"/>			
	altro other	<input type="checkbox"/>			
Motivo del reso - Reason of return					
Riparazione Repair	<input type="checkbox"/>	Cambio componenti Components change	<input type="checkbox"/>	Altro Other	<input type="checkbox"/>
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

Il controllo visivo che andremo ad effettuare non consentirà di accertare l'eventuale presenza di danni strutturali non apparenti né di garantire il mantenimento delle prestazioni protettive del prodotto

The visual inspection we will carry out will not allow us to ascertain the possible presence of not apparent structural damages nor to guarantee the maintenance of the protective performance of the product