

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"/>	
<b>Motivo del reso - Reason of return</b>			
Riparazione Repair	<input type="checkbox"/>	Cambio componenti Components change	<input type="checkbox"/>
		Controllo post caduta Safety check after fall	<input type="checkbox"/>
		Altro Other	<input type="checkbox"/>
<b>Dati del casco - Details of helmet</b>			
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	

Indirizzo di spedizione/Shipping address:  
Kep Italia Srl, via A. Volta, 11/13, 25080 Calvagese della Riviera (BS) ITALIA  
Tel/Phone : (+39) 035 4420996 - contact@kepitalia.com