

Spett.le .....

Via/Piazza.....

Cap e Citta'.....

[PEC .....]

Raccomandata a/r o PEC con firma digitale

Destinatario: Linde Medicale S.r.l., via Guido Rossa 3, 20010 Arluno (MI), email: [respiro.info@linde.com](mailto:respiro.info@linde.com)

**Oggetto: esercizio del diritto di recesso**

....., li .....

Il sottoscritto (nome e cognome e recapito di chi ha sottoscritto il contratto) intende avvalersi, in base al D. Lgs. 206/2005 art.52 e segg., del diritto di recesso in merito al contratto (o nota d'ordine) n. .... sottoscritto in data .....attraverso il Vostro sito [www.respirolinde.it](http://www.respirolinde.it).

In fede,

(firma).....