



MODULO DI PRENOTAZIONE del Dispositivo medico "ACUFREE"

- 1** Scarica
- 2** Compila
- 3** invia a segreteria@tinnitech.com

Il sottoscritto,

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Città di residenza _____

E-Mail _____

Numero di telefono _____

Data dell'ordine _____

Compilando questo modulo accetta le seguenti condizioni e dichiara:

- la volontà di acquistare il dispositivo medico ACUFREE per il trattamento degli acufeni;
- la disponibilità a fornire le necessarie prescrizioni mediche per poter avviare il trattamento;
- la consapevolezza dei termini di acquisto comprensivi di eventuali offerte di sconto disponibili a discrezione del produttore e di un servizio di assistenza durante il periodo di trattamento da noi consigliato;

L'acquirente non è vincolato da questo ordine che ha la funzione di creare un vantaggio temporale nella consegna (i.e. nominativo prioritario).

La società Tinnitech Int si impegna a organizzare le future consegne rispettando l'ordine di arrivo di questi Ordini d'Acquisto.

Al momento di questo ordine, le date di consegna sono indicative, a partire dal prossimo mese di Aprile 2024.

Questi ordini sono soggetti all'accettazione della rigorosa politica sulla privacy di Tinnitech.

La Direzione

