

Spett.le  
Sede Legale **Dentix Italia S.r.l**  
Corso Buenos Aires,54 20124  
Milano MI  
e.p.c  
sede operativa di Savona  
Via Paleocapa,24 17100

**OGGETTO: Richiesta riprese cure odontoiatriche o restituzione quanto pagato e non fruito**

**Messa in mora ai sensi e per gli effetti dell'art.1219 e ss. C.c.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

c.f \_\_\_\_\_, con riferimento a quanto in oggetto epigrafato, vi significo  
quanto segue.

A seguito di molteplici solleciti di richiesta di ripresa delle cure sospese durante il periodo Covid 19 al centro Dentix Italia srl di via paleocapa 24 17100 Savona, ad oggi nessuna risposta certa è stata fornita.

Facciamo riferimento alla vostra fattura N. \_\_\_\_\_ che prevedeva cure non portate a termine provocando danni , che ci riserviamo di stimare.

Chiediamo quindi una data certa di ripresa dell'attività del centro di Savona (oppure presso altro centro da voi indicato) o la restituzione di quanto economicamente versato , ma non usufruito.

Tanto ciò premesso, vi invito e diffido a volere provvedere, nel termine di 15 giorni dal ricevimento della presente a fornire una risposta esaustiva e che consenta la ripresa del rapporto in essere.

In mancanza e senza alcun ulteriore avviso sarò costretto ad adire l'Autorità Giudiziaria per vedere riconosciute le mie ragioni con aggravio di spese a Vs totale carico.

Savona,

in fede