

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

Prima: Zdravstvena ustanova Ljekarne Pavlič, Ferde Hefelea 21, 44000 Sisak, OIB:
92292560238, e-pošta: info@ljekarne-pavlic.hr

Ja, _____ (ime i prezime), ovime izjavljujem da
jednostrano raskidam ugovor o kupnji sljedeće robe:

Broj narudžbe / računa: _____

Datum narudžbe: _____

Datum primitka robe: _____

Adresa potrošača: _____

IBAN za povrat (ako je plaćeno pouzećem): _____

Datum: _____

Potpis potrošača (samo ako se obrazac podnosi na papiru):
