

**ZDRAVSTVENA USTANOVA ZA LJEKARNIČKU
DJELATNOST LJEKARNE PERAK**

Ul.Republike Hrvatske 38, 34340 Kutjevo, Hrvatska

Tel +385 34 313 845

OIB: 01634935563

Web: www.ljekarne-perak.hr E-mail: kontakt@ljekarne-perak.hr



OBRAZAC O JEDNOSTRANOM RASKIDU

UGOVORA SKLOPLJENIH NA DALJINU I UGOVORA SKLOPLJENIH IZVAN POSLOVNIH PROSTORA

Ja,.....(ime i prezime potrošača)

iz(adresa potrošača: ulica, mjesto)

ovime izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o kupnji sljedeće robe/usluge:

.....(upišite naziv artikla, proizvoda)

Prema broju računa ili broju narudžbe:.....(upišite broj dokumenta)

primljene dana:(upišite datum)

Prima: ZDRAVSTVENA USTANOVA ZA LJEKARNIČKU DJELATNOST LJEKARNE PERAK, Ul.Republike Hrvatske 38, 34340 Kutjevo, kontakt@ljekarne-perak.hr, Tel: +385 34 313 845

Odaberi jednu od opcija:

• Ovime zahtijevam povrat novca na
(IBAN TRANSAKCIJSKOG RAČUNA, IME, PREZIME, ADRESA VLASNIKA TRANSAKCIJSKOG RAČUNA)

• Ovime zahtijevam zamjenu gore navedenog proizvoda za
(NAVESTI PROIZVOD)

U..... (grad/mjesto),

dana(datum).

Potpis potrošača

Potvrdu primitka obavijesti o jednostranom raskidu ugovora dostavit ćemo Vam, bez odgađanja, elektroničkom poštom.