

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

Obavijest o jednostranom raskidu ugovora

Za Zdravstvenu ustanovu Ljekarnu Fett, Stjepana Radića 8, 33410 Suhopolje, info@ljekarna-fett.hr,

Ja, _____ (ime i prezime potrošača)

iz _____ (adresa potrošača: mjesto, ulica, broj)

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

_____ (upišite naziv artikla)

prema broju računa ili broju narudžbe _____ (upišite broj dokumenta)

primljene dana _____. (upišite datum)

U _____ (grad/mjesto), dana _____. (datum).

Potpis potrošača
