

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

POTROŠAČ:

(ime i prezime, adresa)

(e-mail, telefon)

PRIMA:

AF, d.o.o.

Vrh Martinšćice 100

51221 Kostrena

Tel: + 385 51 289 529

Email: info@af-dent.hr

Ja _____ ovim izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o prodaji sljedeće robe _____, naručene dana _____, primljene dana _____. Robu koju sam primio obvezujem se u zakonskom roku vratiti na sljedeću adresu: AF, d.o.o., Vrh Martinšćice 100, 51221 Kostrena, zajedno s primljenim računom.

U _____, dana _____.

(vlastoručni potpis, ako se obrazac ispunjava na papiru)