***OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA*** ( NN 72/14 Pravilnik o sadržaju i obliku obavijesti o pravu potrošača na jednostrani raskid ugovora sklopljenih na daljinu i ugovora sklopljenih izvan poslovnih prostorija)

Ime, prezime, adresa, broj telefona i adresu elektroničke pošte potrošača/ kupca : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prima: Bonimed d.o.o., Hruševečka 3, 10110 Zagreb, tel. 01/ 364 4481, bonimed@hi.t-com.hr,

fax. 01/ 36 65 995

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovim izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o prodaji sljedeće robe/za pružanje sljedeće usluge ( odabrati ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, naručene/primljene dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Potpis potrošača/ kupca ( samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_