

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

OSOBNI PODACI KUPCA

PODACI O NARUDŽBI

Ime i prezime: Datum narudžbe:
Adresa: Šifra narudžbe:
Kontakt telefon: Datum isporuke:
E-mail: Broj računa:

Ja, jednostrano raskidam Ugovor o kupoprodaju niže navedenih roba ili usluga:

RB	ŠIFRA PROIZVODA	OPIS PROIZVODA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Napomena:

Obrazac šaljite na jedan od ponuđenih načina:

email na adresu: info@mandis-pharm.hr

poštom na adresu: Mandis-pharm ljekarna Zagreb, Trg Republike Hrvatske 8, 10000 Zagreb

Mjesto i datum

Vlastoručni potpis