

**OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA
SKLOPLJENOG NA DALJINU**

Ime i prezime / Naziv potrošača: _____

Adresa potrošača: _____

Telefonski broj potrošača: _____

E-mail potrošača: _____

Ja _____ (ime i prezime / naziv) ovime izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o prodaji robe navedene na računu _____ (broj računa).

Povrat novca treba biti izvršen na transakcijski račun _____ (IBAN)
_____ (ime i prezime / naziv vlasnika računa).

Komentari (neobavezno):

Mjesto i datum: _____

Potpis potrošača (samo ako se obrazac ispunjava na papiru): _____

Prima:

Le Pharm d.o.o. OIB: 60186616791
Gradina 5
52449 Červar Porat
Hrvatska

Kontakt: info@lepharm.eu / 099 700 0802