

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

Ime, prezime, adresa kupca: _____

Kontakt: broj mobitela, telefona ili e-maila: _____

Prima:

Ljekarna Petrunić,
Velike Sredice 13,
43000 Bjelovar,

tel: 043/228-007, e-mail: info@phama.hr

Ja _____ ovim izjavljujem da jednostrano raskidam
sljedeći ugovor:

- broj i datum narudžbe _____,
- broj i datum računa _____,
- datum primitka robe _____.

Datum _____,

Potpis kupca (samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru),

_____.