

## OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

### UPUTA

U slučaju da želite koristiti pravo na jednostrani raskid ugovora o kupnji proizvoda, isto možete učiniti na način da popunite ovaj obrazac jednostranog raskida ugovora o kupnji proizvoda, te isti dostavite **osobno ili putem pisma na adresu našeg sjedišta** – Hondlova 2/9, 10000 Zagreb, Hrvatska ili **putem elektroničke pošte** na adresu: [dugidol@ljekarne-diabpharm.hr](mailto:dugidol@ljekarne-diabpharm.hr).

Ostale informacije u vezi jednostranog raskida ugovora o kupnji proizvoda - pročitajte u našim [Općim uvjetima](#).

#### OSOBNI PODATCI KUPCA

Ime i prezime:

Adresa:

Email:

Broj telefona / mobitela:

IBAN:

#### PODATCI O NARUDŽBI

# Ljekarne Diabpharm

Datum narudžbe:

---

Broj narudžbe:

---

Broj računa:

---

Proizvodi za koje se traži raskid ugovora:

---

---

---

---

---

Mjesto i datum:

---

Potpis:

---