

Medical centar doo
Karlovačka cesta 4c
10 000 Zagreb

info@medical-centar.hr

Obavijest o jednostranom raskidu ugovora

Ja, _____ (ime i prezime potrošača)

iz _____ (adresa potrošača: mjesto, ulica, broj)

ovime izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o kupnji sljedeće robe/usluge:

_____ (upišite naziv

artikla) prema broju računa ili broju narudžbe _____ (upišite broj dokumenta)

primljene dana _____ (upišite datum)

U _____ (grad/mjesto), dana _____ (datum)

(samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru)

Potpis potrošača