

## OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

Prima:

Stoma Medical d.o.o.  
Prodavaonica 1  
10000 Zagreb  
Trakošćanska 4  
telefon +385 1 3015 949

email: [prodavaonica-1@stoma-medical.hr](mailto:prodavaonica-1@stoma-medical.hr)

OSOBNI PODACI KUPCA		PODACI O NARUDŽBI	
Ime i prezime:		Datum narudžbe:	
Adresa:		Šifra narudžbe:	
E-mail:		Broj računa:	

Ja, \_\_\_\_\_ ovime izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o kupoprodaji  
(ime i prezime)  
po gore navedenom broju računa i to za niže navedene robe i količine:

	NAZIV PROIZVODA	ŠIFRA PROIZVODA	KOLIČINA (broj pakiranja)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Ako su **proizvodi plaćeni pouzećem** molimo navedite broj tekućeg računa (IBAN) na koji ćemo izvršiti povrat uplaćenog:

IBAN \_\_\_\_\_.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_. \_\_. 202\_. g.  
Mjesto i datum

\_\_\_\_\_  
Vlastoručni potpis

(nije potreban ako se obrazac dostavlja putem e-pošte)

---

Napomena:

Molimo obrazac popuniti i poslati poštom na gore navedenu adresu maloprodajne prodavaonice ili elektroničkom poštom na navedenu adresu elektroničke pošte.