

## OBRAZAC O JEDNOSTRANOM RASKIDU:

1. Ime, prezime i adresa potrošača \_\_\_\_\_.

2. Zdravstvena ustanova LJEKARNE PRIMA FARMACIA, Hrvatskih velikana 19, 21276 Vrgorac, MBS: 060262421, OIB: 55199637900, T: 021 674 358, F: 021 674 584, E: [info@ljekarne-prima-farmacia.hr](mailto:info@ljekarne-prima-farmacia.hr), W: [www.ljekarne-prima-farmacia.hr](http://www.ljekarne-prima-farmacia.hr)

3. Ja \_\_\_\_\_ ovim izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o prodaji sljedeće robe/za pružanje sljedeće usluge (odabrati) \_\_\_\_\_, naručene/primljene dana.

4. \_\_\_\_\_ potpis potrošača (samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru).

5. Datum i mjesto: \_\_\_\_\_.

Ovaj primjerak obrasca možete elektroničkim putem ispuniti i poslati elektronički putem. Na e-mail adresu: [info@ljekarne-prima-farmacia.hr](mailto:info@ljekarne-prima-farmacia.hr)

Potvrdu primitka obavijesti o jednostranom raskidu dostaviti ćemo Vam bez odgađanja elektroničkim putem.