**OBAVIJEST O JEDNOSTRANOM RASKIDU**

**UGOVORA O KUPOPOPRODAJI**

**Prima:**

**FARMASI Cosmetics d.o.o.**

**Avenija Većeslava Holjevca 40**

**10 000 Zagreb**

**Tel: +385 1 6292 474, 6292 475**

**OIB: 50285459929**

**E-mail: info@farmasi.hr**

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime potrošača) iz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (adresa potrošača: mjesto, ulica, broj)

**ovime izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o kupnji sljedeće robe:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (upišite naziv artikla) prema broju računa ili broju narudžbe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (upišite broj dokumenta) primljene dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(upišite datum).

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grad/mjesto) dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Potpis potrošača (samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru).**