

## OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

(ispunite i pošaljite ovaj obrazac samo ako želite jednostrano raskinuti ugovor)

Primatelj:

MULTIPHARM d.o.o.  
Kobiljačka 59  
10361 Sesevski Kraljevec  
E-mail: [info@multipharm.hr](mailto:info@multipharm.hr)  
Tel: 01-4655-088

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

Adresa: \_\_\_\_\_

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

Naziv proizvoda: \_\_\_\_\_

Broj narudžbe / računa: \_\_\_\_\_

Datum narudžbe: \_\_\_\_\_

Datum primitka robe: \_\_\_\_\_

Razlog raskida (nije obavezno):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Molim povrat sredstava izvršite na sljedeći IBAN:

IBAN: \_\_\_\_\_

Ime i prezime vlasnika računa: \_\_\_\_\_

Potpis potrošača (samo ako se obrazac dostavlja u papirnatom obliku):

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_