|  |  |
| --- | --- |
| DOBAR PARTNER D.O.O.Ulica Siniše Glavaševića 610000 ZagrebTel:01/2371-384Fax:01/2456-347E-mail: dobar.partner@dobarpartner.hr |  |

**Obrazac**

**za jednostrani raskid ugovora o kupnji proizvoda ili usluga tvrtke**

**Dobar partner d.o.o. sklopljenog putem Internet narudžbe ili telefona (na daljinu)**

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)*

Odabrati jednu od opcija:

1. Ovime zahtijevam povrat novca na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( *IBAN* *transakcijskog računa, ime, prezime, adresa vlasnika transakcijskog računa*)

b) Ovime zahtijevam zamjenu gore navedenog proizvoda za \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*grad/mjesto*), dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*datum*).

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

Potpis potrošača