

## OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

### PODACI O KUPCU

Ime: \_\_\_\_\_  
Prezime: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_  
E-mail adresa: \_\_\_\_\_  
Broj telefona: \_\_\_\_\_

### PRIMA

Bagatin Medical Group d.o.o.  
Ulica grada Vukovara 269a  
10000 Zagreb  
Telefon: +385 1 4610 225  
E-mail adresa: info@bagatinmedicalbeauty.hr

Ja \_\_\_\_\_, izjavljujem da jednostrano raskidam ugovor  
o prodaji sljedećih proizvoda (navesti naručene proizvode):  
\_\_\_\_\_,  
naručene dana \_\_\_\_\_, a primljene dana  
\_\_\_\_\_.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vlastoručni potpis kupca  
(ukoliko se obrazac ispunjava na papiru)

*Primjerak obrasca za jednostrani raskid ugovora Kupac može elektronički ispuniti i poslati Prodavatelju. Potvrdu primitka obavijesti o jednostranom raskidu ugovora Prodavatelj će dostaviti Kupcu bez odgode elektroničkom poštom.*