



BEAUTY PHARMACY

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

Ime: _____

Prezime: _____

Adresa: _____

Broj mobitela/telefona: _____

E-mail _____

Prima:

BeautyPharmacy - Briovita d.o.o.

Pile I. 1, 10 000 Zagreb

E-mail: webshop@beautypharmacy.hr

Ja _____

ovim izjavljujem da jednostrano raskidam sljedeći ugovor:

broj i datum narudžbe _____, broj i datum računa _____,
datum primitka robe _____.

Datum _____

Potpis kupca (samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru), _____.

BRIO VITA D.O.O.

Pile I. 1, 10 000 Zagreb

OIB: 82581999045

Adresa specijalizirane prodavaonice: Gundulićeva ulica 20, 10 000 Zagreb