

Odstop od pogodbe – vračilo v 14 dneh

(Izpolnite ta obrazec in ga pošljite nazaj le, če želite odstopite od pogodbe)

Naslovnik

Ran Zobozdravstvena dejavnost d.o.o.,
Reteče 205,
4220 Škofja Loka.

Obveščam vas, da odstopam od pogodbe za naslednje artikle:

.....
.....
.....

Datum* računa za prejete artikle:.....

Ime in priimek:

Naslov:

Sklicna številka računa:

Številka naročila:

Vračilo kupnine se vrne z bančnim nakazilom na posredovano številko bančnega računa:

SI56 _____ odprt pri banki

.....
Datum in podpis kupca