**Ezop antikvarijat**

Županijska 19

31000 Osijek

OIB: 70371954012
IBAN: HR5724020061500075581

**Standardni informacijski obrazac**

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

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ime i prezime potrošača) iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (adresa potrošača: mjesto, ulica, broj) ovime izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o kupnji sljedeće robe/usluge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (upišite naziv robe/usluge) prema broju računa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (upišite broj računa) primljene dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (upišite datum) \*Povrat sredstava bit će izvršen na isti način na koji ste Vi izvršili uplatu, osim u slučaju plaćanja pouzećem kada se povrat vrši na Vaš tekući račun.

Odabrati jednu od opcija:

a) Ovime zahtijevam povrat novca na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Plaćanje pouzećem ili transakcijskim računom - IBAN transakcijskog računa, ime, prezime, adresa vlasnika transakcijskog računa) ili plaćanje karticama -Ime i prezime korisnika kartice, adresa korisnika kartice)

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

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

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

 Ime i prezime (upisati tiskanim slovima) i potpis potrošača