

Različica:	1.0	ODSTOPNI OBRAZEC Fistula Protect Medical d.o.o.	
Datum:	december 2022		
Stran 1 od 1			

ZA :

Fistula Protect Medical doo

Slivnica pri Celju 33A

3263 Gorica pri Slivnici

Slovenija

e-naslov: info@fistulaprotect.com

Datum: _____

Ime potrošnika: _____

Naslov potrošnika: _____

Številka naročila: _____

E-naslov: _____

Obveščam _____, da odstopam od prodajne pogodbe za naslednje blago:

Naročeno: _____

Prejeto dne: _____

Prosim za vračilo kupnine v višini _____ EUR, ki sem vam jo plačal dne _____ na transakcijski račun št.:

_____, odprt pri _____ (naziv banke).

Podpis potrošnika: _____

(Podpis je potreben le, če je obrazec poslan kot pismo).