

ABM CLINIC EUROCOMPANY

D.O.O. BEOGRAD

ZAHTEV ZA ODUSTANAK OD KUPOPRODAJNOG UGOVORA

Ovim putem zahtevam odustanak od kupoprodajnog ugovora za nabavku sledećih dobara (navesti naziv artikla i šifru proizvoda):

Broj fiskalnog računa (PFR broj):

Datum fiskalnog računa:

Datum isporuke:

Datum podnošenja zahteva:

Ime i prezime kupca:

Broj lične karte kupca:

Ukoliko izaberete opciju povrat novca čitko upišite broj svog tekućeg računa:

Račun u banci: _____

Potpisom ovog dokumenta saglasan/sna sam da mi se fiskalni račun za obrađenu reklamaciju (izdat u štampanoj formi) može dostaviti elektronskim putem.

Potpis kupca: _____

Pri povraćaju robe troškove poštarine snosi kupac. Adresa za povraćaj robe je Nušićeva 3, Beograd.

BEOGRAD - TERAZIJE 29 - TEL: +381 11 322-99-66 FAX: +381 11 32-31-051

PIB: 102294534 - MATIČNI BROJ: 07771339 - RAČUN 160-133992-68

WWW.ABMCLINIC.COM