

OBRAZEC ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE POTROŠNIKA DO ODSTOPA POGODBE

IME IN PRIIMEK: _____

NASLOV: _____

POŠTA: _____

KONTAKTNA ŠTEVILKA: _____

E-MAIL: _____

ŠT. RAČUNA: _____

DATUM NAROČILA: _____

DATUM PREJEMA NAROČILA: _____

VRNJENI IZDELKI: _____

VRAČILO DENARJA - ZAMENJAVA _____ (ustrezno obkroži)

TRR: _____

DATUM: _____

PODPIS KUPCA: _____

Izpolnjen in podpisan obrazec se lahko pošlje:

- V elektronski obliki na info@sensilab.com
- Po pošti na:
Farmicom, d. o. o.
Obrtna cona Logatec 7
1370 Logatec

*Izpolni Farmicom, d. o. o.

PREVZEL: _____

OBDELAL: _____

DATUM VRAČILA DENARJA/IZDELKA: _____