



vitaminklinik.si

ODSTOP OD POGODBE

(izpolnite in pošljite ta obrazec samo, če želite odstopiti od pogodbe)

PODATKI KUPCA

Ime in priimek

Naslov

Naslov

Elektronski naslov

Telefonska številka

Številka naročila

Datum vračila

Naziv vrnjenega/ih artikla/ov

Izberite želeni način vračila:

1. Povračilo denarja (v primeru plačila po povzetju zapišite TRR za vračilo)

Naslov za vračilo:

Vitaminklinik d.o.o.

Tyrševa ulica 7,

2000 Maribor

+386 51 306 968

Podpis stranke:

*obrazec lahko natisnete ali podatke napišete na roke na list papirja.