

OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

1. Ime i prezime _____
2. Adresa _____
3. OIB _____
4. Broj Ugovora _____
5. Mjesto i datum sklapanja ugovora _____

2. Prima: HEP-Opskrba d.o.o., Zagreb, Ulica grada Vukovara 37, OIB: 63073332379, e-mail: hepi@hep.hr ili broj telefaksa: 01 6322409.

3. Ja _____ ovim izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o opskrbi krajnjeg kupca sklopljen dana _____.

Mjesto i datum

Potpis kupca

*potpis kupca je potreban ukoliko se ovaj obrazac ispunjava na papiru