

**OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA
za proizvode Pomoć na cesti i Pomoć u kući**

PRIMATELJ

HEP-Opskrba d.o.o.
Zagreb, Ulica Grada Vukovara 37
e-mail:hepi@hep.hr
broj telefaksa: 01 6322409
broj telefona: 0800 5255

Ja _____ (ime i prezime) iz _____ (adresa) ovim izjavljujem da
sukladno odredbama Zakona o zaštiti potrošača jednostrano raskidam

- Ugovor o pogodnosti proizvoda Pomoć u kući
 Ugovor o pogodnosti proizvoda Pomoć na cesti

* znakom označite Ugovor/e koji raskidate

sklopljen/e dana _____. (upisati datum naveden na obavijesti HEP-Opskrbe d.o.o. o zaprimanju
Zahtjeva za aktivaciju pogodnosti HEPI asistencija)

U _____, dana _____

Potpis kupca:

(vlastoručni potpis, ako se obrazac ispunjava na papiru)

**Potvrdu primitka obavijesti o jednostranom raskidu ugovora dostavit ćemo Vam bez odgađanja, na trajnom mediju*