

OBRAZEC ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE POTROŠNIKA DO ODSTOPA POGODBE

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Kraj/mesto: _____

Telefonska številka: _____

E-mail: _____

Št.naročila: _____

Datum naročila: _____

Datum prejema naročila: _____

Vrnjeni izdelki: _____

VRAČILO DENARJA

*Obvezen podatek v primeru plačila po povzetju

TRR*: _____

Datum: _____

Podpis kupca: _____

Izpolnjen in podpisan obrazec pošljite:

- po pošti na
Nutrisslim d.o.o.
Obrtniška ulica 4
1292 IG
Slovenija

Obrazec obvezno priložiti v paket z vračilom

***Izpolni Nutrisslim, d. o. o.**

Prevzel*: _____

Obdelal*: _____

Datum vračila denarja/izdelka*: _____