

#### INFORMATIVNI OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

Sukladno Zakonu o zaštiti potrošača, Kupac može jednostrano raskinuti Ugovor u roku od 14 (četnaest) dana bez navođenja razloga. Preduvjet jednostranog raskida Ugovora jest da proizvod nije korišten i da se Prodavatelju vraća u identičnom stanju u kojem je preuzet od strane Kupca, u originalnom pakiranju, s deklaracijom te pripadajućim računom i dokumentacijom. Ugovor se može jednostrano raskinuti djelomično za pojedini proizvod ili cjelokupno, sukladno Općim uvjetima korištenja usluge online kupnje.

Da bi Kupac mogao ostvariti pravo na jednostrani raskid Ugovora, mora obavijestiti Prodavatelja o svojoj odluci o jednostranom raskidu Ugovora prije isteka roka i to nedvosmislenom izjavom poslanom poštom (na adresu Ljekarne VAŠE ZDRAVLJE, Utinjska 40, 10000 Zagreb) ili elektroničkom poštom na [info@vasezdravlje.hr](mailto:info@vasezdravlje.hr), u kojoj će navesti svoje ime i prezime, adresu, broj telefona ili adresu elektroničke pošte.

Rok za jednostrani raskid Ugovora iznosi 14 (četnaest) dana od dana kada je Kupcu ili trećoj osobi koju je Kupac odredio, a koja nije prijevoznik, roba koja je predmet Ugovora predana u posjed.

U slučaju ispunjenja uvjeta za jednostrani raskid Ugovora, Kupcu će se izvršiti povrat sredstava koji je od njega primljen, uključujući troškove dostave ako su troškovi dostave bili naplaćeni, ali ne uključujući i troškove povrata robe, bez odgađanja, a najkasnije u roku od 14 (četnaest) dana od dana kada Ljekarne VAŠE ZDRAVLJE zaprimu Kupčevu odluku o jednostranom raskidu Ugovora.

Povrat novca Ljekarne VAŠE ZDRAVLJE mogu izvršiti tek nakon što im roba bude vraćena i pregledana u kakvom je stanju vraćena s obzirom na ispunjenje uvjeta prava na jednostrani raskid Ugovora. Povrat novca Kupcu Ljekarne VAŠE ZDRAVLJE će izvršiti na isti način na koji je uplata izvršena. Ukoliko je narudžba plaćena karticom novac će biti vraćen na karticu, a za plaćanje CorvusPay by IBAN uslugom i plaćanje pouzecom sredstva će biti uplaćena na bankovni račun Kupca.

Kupac je dužan robu predati ili je poslati na adresu bilo koje ljekarne / poslovne jedinice / podružnice Ljekarne VAŠE ZDRAVLJE, Utinjska 40, 10000 Zagreb bez nepotrebnog odgađanja, a u svakom slučaju najkasnije u roku od 14 (četnaest) dana od dana kada je Ljekarne VAŠE ZDRAVLJE uputio svoju odluku o jednostranom raskidu Ugovora. Izravne troškove povrata robe Kupac snosi sam. Pošiljke poslane pouzecom neće biti preuzete.

#### OBRAZAC ZA JEDNOSTRANI RASKID UGOVORA

OSOBNI PODACI KUPCA		PODACI NARUDŽBE	
Ime i prezime:		Datum narudžbe:	
Adresa:		Broj narudžbe:	
E-mail:		Broj računa:	
Broj telefona:		Proizvodi za koje se traži raskid ugovora:	

Ja, \_\_\_\_\_ ovim izjavljujem da jednostrano raskidam Ugovor o kupoprodaji robe navedene na računu.

Razlog raskida Ugovora (nije obavezno polje)

1. Nije one što sam očekivao/la
2. Ne sviđa mi se proizvod
3. Drugi razlog: \_\_\_\_\_

Potpis Kupca: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

(samo ako se ovaj obrazac ispunjava na papiru)