



IVAPLIN d.o.o.
10310 Ivanić-Grad, Ulica Krešimira IV 10
Tel.: +385 1 2831 270, Fax: +385 1 2831 271
e-mail: ivaplin@ivaplin.hr; www.ivaplin.hr

OBRAZAC: OPS-2

Rev 1.0-03092018

Temeljem čl. 10. st.1., čl. 12. st.1. i čl. 15. st.1. Općih uvjeta opskrbe plinom (NN 50/18), podnosim ovaj

Zahtjev za raskid ugovora o opskrbi plinom

Podaci o podnositelju zahtjeva za raskid ugovora o opskrbi i o OMM-u za koje se traži raskid ugovora:

Ime i prezime/naziv:			
Adresa:			
Adresa OMM (ako je različita):			
OIB:			
Telefon:		e-mail:	
Broj plinomjera:		Stanje plinomjera (m ³):	
Šifra kupca:			
Ugovor za koji se traži raskid:	Odaberite stavku.		
Broj ugovora:			

Obračun na temelju očitavanja plinomjera temelj je razgraničenja ugovornih odnosa između IVAPLIN d.o.o. i podnositelja zahtjeva.

NAPOMENA:

- krajnji kupac nema dospjelih dugovanja za potrošnju plina
- na OMM-u nema plinomjera
- na OMM-u nema regulatora

Datum podnošenja zahtjeva: [Kliknite ovdje da biste unijeli datum.](#)

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

potpis i pečat (za pravne osobe)