

FORMULARZ ZAMÓWIENIA

Data zamówienia:	
------------------	--

DANE KLIENTA

Nazwa Firmy:	Adres dostawy:
Nr Tel.:	Osoba zamawiająca:
Nr Fax.:	

FORMA PŁATNOŚCI

<input type="checkbox"/> Gotówka	Adres do faktury/rachunku:
<input type="checkbox"/> Przelew	
<input type="checkbox"/> Rachunek	
<input type="checkbox"/> Faktura Vat	NIP:

Lp.	Nr katalogowy	Opis towaru	Jednostka sprzedaży	Ilość	Cena	Wartość zamówienia
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Pieczątką Firmy i podpis zamawiającego:.....

ABC F.U.H.
ul. Leszka Czarnego 13/50,
97-500 Radomsko Polska

e-mail: <mailto:abcmedi@abc-medi.pl>
e-mail: <mailto:biuro.abcmedi@gmail.com>

Mobile/Handy: +48 793 710 902
Mobile/Handy: +48 505 834 919
Tel.: + 48 (0) 42 2988 188

Fax.: + 48 (0) 42 2988 156
<http://www.abc-medi.pl>

NIP EU: PL 627-192-23-70

Regon: 276109906
Millennium Bank S.A. konto firmowe nr
47 1160 2202 0000 0001 4665 8429
<http://abcmedi.eshopping24.eu>