



Data: _____
Date: _____

Kolejność i ilość stron faxu: _____ / _____
Order and number of fax pages:

FORMULARZ ZAMÓWIENIA / ORDER FORM

Nazwa firmy: Company's Name: Adres: Address: NIP: EU Vat Number: Imię i nazwisko osoby zamawiającej: Contact person: Telefon: Phone: E-mail:	Pieczętka firmy Company's stamp:	Adres dostawy Delivery Address:
		Uwagi: Notes:

L.p. No	Kod towaru Product code	Numer wzoru Design number	Ilość kartonów Carton quantity	Uwagi Notes
1.	SDOG	0017 01	15	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				

FAX +48 61 654 55 52

Zamówienie przyjął: _____
Authorized Person's Signature: