

Opole,

2020r.

Zamawiający*:

NIP*:

kod, miejscowość*:

ulica i nr domu*:

tel.*

e-mail*:

nazwisko zamawiającego*:

Nr w rej. zam.:	Wypełnia Tech-Med
Nr f-ry:	
Termin realizacji:	
Zrealizowano:	

Zamówienie nr*

Wpisuje zamawiający swój kolejny nr

Lp.	Nazwa	Typ	Kolor	Opcje	Ilość
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Oczekiwany termin realizacji (standardowo 14 dni):					

Dane do dostawy

Zamawiający*:

NIP*:

kod, miejscowość*:

ulica i nr domu*:

tel.*

e-mail*:

nazwisko zamawiającego*:

UWAGA!!!

Zamówienie bez wypełnionych pozycji oznaczonych (*) nie będzie przyjęte do realizacji