

FORMULARZ ZAMÓWIENIA

1. ZAMAWIAJĄCY:

a. Dane płatnika:

Nazwa	
Pełny adres	
NIP	

b. Adres dostawy (prosimy uzupełnić jeśli jest inny niż dane płatnika powyżej):

Nazwa	
Pełny adres	
Nr telefonu	

c. Osoba uprawniona do kontaktów

Imię i nazwisko	
Nr telefonu i e-mail	

2. WYKONAWCA:

Delta Optical spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.

Nowe Osiny, ul. Piękna 1, 05-300 Mińsk Mazowiecki

Kontakt: info@deltaoptical.pl, fax: 25-759-29-95, T. 25-786-05-20, dział mikroskopii T. 25-786-05-24

NIP: 822-20-47-012

3. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

Artykuł / produkt	Numer katalogowy	Cena jednostkowa brutto	Ilość	Wartość brutto
Termin płatności przelewowej 14 dni			RAZEM:	

a. Uwagi:

.....
.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć