

ZAMÓWIENIE DLA RADCY PRAWNEGO Z OIRP W ŁODZI

ZAMAWIAJĄCY – SIEDZIBA (DANE DO FAKTURY):				Miejsce na pieczętkę
Pełna nazwa firmy:				
Kod pocztowy:	Miejscowość:			
Ulica:		Nr domu/lokalu:	NIP:	
Tel.:	www:	e-mail:		
URZĄD SKARBOWY DO KTÓREGO BĘDZIE SKIEROWANE ZAWIADOMIENIE O MIEJSCU INSTALACJI KASY: (dla płatnika podatku VAT jest to Urząd, w którym rozliczany jest podatek VAT)				
Miejscowość:		Ulica:	Nr domu:	

OSOBA ZAMAWIAJĄCA:	
Imię i nazwisko:	Stanowisko:
Tel. kontaktowy:	e-mail:

Złożenie zamówienia przez Zamawiającego jest równoznaczne z wyrażeniem jego zgody na przechowywanie i przetwarzanie przez firmę ELPRO danych osobowych zawartych w zamówieniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późniejszymi zmianami). Zamawiający upoważnia jednocześnie firmę ELPRO do okresowego przesyłania informacji handlowych, w szczególności o nowościach w ofercie i obowiązujących promocjach.

Adres miejsca instalacji kasy		Uwagi
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Ulica:	Nr domu/lokalu:	
Tel. kontaktowy:		

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zamawiam kasę fiskalną zgodnie z ofertą nr 8 / 2015

<input type="checkbox"/> Wariant 1 <input type="checkbox"/> Wariant 2 <input type="checkbox"/> Wariant 3 <input type="checkbox"/> Wariant 4 <input type="checkbox"/> Wariant 5 | <input type="checkbox"/> Futerał skórzany 150 zł netto

<input type="checkbox"/> Pokrowiec z kodury 55 zł netto |
| Forma płatności <input type="checkbox"/> gotówka <input type="checkbox"/> karta <input type="checkbox"/> przelew dni [nie później niż dzień przed fiskalizacją] | |

WYPEŁNIA PRACOWNIK ELPRO

INSTALACJA, SZKOLENIE	data		godzina	
TERMIN FISKALIZACJI	data		godzina	
Dodatkowe informacje/uwagi:				

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis