‘Druk ZLECENIA USŁUGI SERWISOWEJ’ nr……(wypełnia Orimed)

Miejscowość, data ……

NUMER ZAMÓWIENIA: ……. NUMER FAKTURY/PARAGONU: …….....…….....

NIP										

IMIĘ I NAZWISKO: ……

ADRES: ……

……

TELEFON: ……. EMAIL: ……

L.P.	KOD PRODUKTU (REF)	NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	Nr LOT	OCZEKIWANIA KLIENTA

Oświadczam, że narzędzia są wysterylizowane.

……
(czytelny podpis Klienta)

Uwagi pracownika Orimed:

ORIMED Martyna Jakubiak
ul. Króla Zygmunta Augusta 9
08-445 Osieck
tel. +48 25 685 71 25
orimed@orimed.pl
www.orimed.pl