

formularz bardomed

dane do faktury-płatnika

Nazwa firmy:	
Imie i Nazwisko:	
Ulica:	
Kod:	Miejscowość:
NIP:	

Zaznacz, jeśli adres dostawy jest taki sam jak dane do faktury

adres dostawy-odbiorca

Nazwa firmy:	
Imie i Nazwisko:	
Ulica:	
Kod:	Miejscowość:
Osoba kontaktowa:	
Tel. kontaktowy:	

Przedmiot zamówienia:

Lp.	Produkt	ilość	cena brutto
01.			
02.			
03.			
04.			
05.			
06.			
07.			
08.			
09.			
10.			

Forma płatności: przedpłata za pobraniem inna

- Zamawiający upoważnia niniejszym firmę Bardo-Med. do wystawienia faktury bez jego podpisu;
- Zamawiający przyjmuje do wiadomości fakt, iż do momentu uiszczenia pełnej wpłaty należności za fakturę związaną z przedmiotem zamówienia, towar pozostaje własnością sprzedającego. W związku z tym, sprzedający może zażądać natychmiastowego zwrotu przedmiotu zamówienia i obciążyć zamawiającego kosztami powstałymi z tego tytułu, a w szczególności kosztami transportu;
- Zamawiający oświadcza, iż akceptuje wszystkie warunki zakupu zawarte na stronie internetowej sprzedającego: www.bardomed.pl.

Zamawiający:

(podpis i pieczęć firmowa)

Dane teleadresowe bardomed:



PHU Bardo-Med
ul. Bociana 22a
31-231 Kraków
Tel. (+48) 12 444 12 97
Fax. (+48) 12 444 12 96

Mobile: (+48) 0 722 000 100
Email: biuro@bardomed.pl
NIP 684-236-03-57
Bank: 42114020040000320241005418