

Zamawiający:
Warunki płatności:
przedpłata*/pobranie*/przelew**
NIP zamawiającego:

Miejsce dostawy:
Data zamówienia:
Nr zamówienia:

Dostawca:
MedBon s.c. – Sklep Medyczny ul. M. Grześkowiaka 28/2 62-035 Kórnik NIP: 7773325363 tel. 883 113 112 fax. 61 648 26 10 www.medbon.pl
Osoba kontaktowa ze strony zamawiającego:
Nr telefonu i adres mailowy:

Lp.	Nazwa towaru	J.m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto
Uwagi:					

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej:

*niepotrzebne skreślić

**przelew z odroczonym terminem płatności (po wcześniejszym ustaleniu)