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

Miejscowość, data ……

Numer zamówienia: ……. Numer faktury / paragonu: ……

NIP:										

Imię i nazwisko / nazwa firmy: ……

Adres: ……

……

Telefon: ……. e-mail: ……

L.p.	Kod produktu (REF)	Nazwa towaru	Ilość	Nr LOT	Oczekiwania Klienta

Oświadczam, że przesłane narzędzia są wysterylizowane.

.....
(czytelny podpis Klienta)

Uwagi pracownika Orimed:

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