



Miasto :

Dnia :

Nazwa Klienta :

Imię :

Nazwisko :

Ulica :

Kod : Miasto :

NIP :

Do : OVERNIGHT CLINICAL SERVICES SP. Z O.O.

Słowikowkiego 41 a
05-090 Raszyn

NIP : 5342498224
KRS : 0000530285
Regon : 147343950

ZGODA NA E-FAKTURĘ

Wyrażam niniejszym zgodę na wystawianie i przesyłanie przez firmę OVERNIGHT CLINICAL SERVICES SP. Z O.O. , ul. Słowikowskiego 41 A, 05-090 Raszyn faktur za wykonane usługi w formie elektronicznej

E-Faktura powinna być przesyłana na poniższy adres mailowy :

.....

Osoba do kontaktu :

Telefon bezpośredni do działu księgowego :

Czytelny Podpis

Pieczątką