

Prenumerata „KLINIKI OCZNEJ” na rok 2007 dla osób niebędących członkami PTO oraz instytucji w kraju – 160,00 zł

dowód/pokwitowanie

KLINIKA OCZNA

OFTAL Sp. z o.o.
ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa
BPH PBK S.A. Oddział w Warszawie, Świętokrzyska 12

nr rachunku odbiorcy
39 1060 0076 0000 3200 0043 4563

kwota
160,00

imię, nazwisko i adres wpłacającego

tytułem
**Prenumerata „KLINIKI OCZNEJ”
na rok 2007**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie danych zawartych na niniejszym blankiecie do bazy danych OFTALU, przetwarzanie ich w celach marketingowych oraz realizacji prenumeraty.



..... podpis

..... opłata

* niepotrzebne skreślić

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|-----------------|--|
| nazwa odbiorcy | | | | | | | | | | | | | |
| O F T A L S P . z o . o . u l . L I N D L E Y A 4 | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa odbiorcy cd. | | | | | | | | | | | | | |
| 0 2 - 0 0 5 W A R S Z A W A | | | | | | | | | | | | | |
| i.k. nr rachunku odbiorcy | | | | | | | | | | | | | |
| 3 9 1 0 6 0 0 0 7 6 0 0 0 0 3 2 0 0 0 0 4 3 4 5 6 3 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | waluta | | kwota | |
| | | | | | | | | | | W P P L N | | - - 1 6 0 , 0 0 | |
| nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wplata) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| nazw zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| nazw zleceniodawcy cd. | | | | | | | | | | | | | |
| N I P | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem | | | | | | | | | | | | | |
| P R E N U M E R A T A K L I N I K I O C Z N E J | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem cd. | | | | | | | | | | | | | |
| N A R O K 2 0 0 7 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Oplata: | | | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | |

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

odcinek dla banku odbiorcy

dowód/pokwitowanie

KLINIKA OCZNA

OFTAL Sp. z o.o.
ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa
BPH PBK S.A. Oddział w Warszawie, Świętokrzyska 12

nr rachunku odbiorcy
39 1060 0076 0000 3200 0043 4563

kwota
160,00

imię, nazwisko i adres wpłacającego

tytułem
**Prenumerata „KLINIKI OCZNEJ”
na rok 2007**

Wyrażam zgodę na wprowadzenie danych zawartych na niniejszym blankiecie do bazy danych OFTALU, przetwarzanie ich w celach marketingowych oraz realizacji prenumeraty.



..... podpis

..... opłata

* niepotrzebne skreślić

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|-----------------|--|
| nazwa odbiorcy | | | | | | | | | | | | | |
| O F T A L S P . z o . o . u l . L I N D L E Y A 4 | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa odbiorcy cd. | | | | | | | | | | | | | |
| 0 2 - 0 0 5 W A R S Z A W A | | | | | | | | | | | | | |
| i.k. nr rachunku odbiorcy | | | | | | | | | | | | | |
| 3 9 1 0 6 0 0 0 7 6 0 0 0 0 3 2 0 0 0 0 4 3 4 5 6 3 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | waluta | | kwota | |
| | | | | | | | | | | W P P L N | | - - 1 6 0 , 0 0 | |
| nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wplata) | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| nazw zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| nazw zleceniodawcy cd. | | | | | | | | | | | | | |
| N I P | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem | | | | | | | | | | | | | |
| P R E N U M E R A T A K L I N I K I O C Z N E J | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem cd. | | | | | | | | | | | | | |
| N A R O K 2 0 0 7 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Oplata: | | | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | |

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

odcinek dla banku odbiorcy

Prosimy o wypełnianie kuponu drukowanymi literami, każda w osobnej kratce.

■ Ponieważ informacje towarzyszące przelewom bankowym często dochodzą do nas zniekształcone lub niekompletne, osoby, które chcą otrzymać fakturę, prosimy o kontakt – w terminie 7 dni od daty dokonania przelewu – z p. Jackiem Lipowskim (dz. prenumeraty) i podanie pełnych danych (z NIP) niezbędnych do wystawienia tego dokumentu. Tel.: 771-92-55 (śr. 13.00-17.00, pt. 9.00-15.00), faks: 771-92-55, e-mail: solkjl@wp.pl. Prosimy też o podanie adresu do wysyłki, jeśli jest inny niż w danych do faktury.