Prenumerata kwartalników med. „OKULISTYKA” oraz „KONTAKTOLOGIA i OPTYKA OKULISTYCZNA” na rok 2010

150,00 zł

dowód/pokwitowanie

OKULISTYKA | KONTAKTOLOGIA I OPTYKA OKULISTYCZNA

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: **150,00**

imię, nazwisko i adres wpłacającego

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

tytułem
Prenumerata „OKULISTYKI” ORAZ „KOTAKTOLOGII i OPTYKI OKULISTYCZNEJ” na rok 2010

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

STEMPEL DZIENNY

. . . . . podpis

. . . . . opłata

* niepotrzebne skreślić

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy: OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4
nazwa odbiorcy cd.: 02-005 WARSZAWA
l.k. | nr rachunku odbiorcy: 39 1060 0076 0000 3200 0043 4563
waluta: WPLN | kwota: --150,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)
nazw zleceniodawcy
nazw zleceniodawcy cd.: NIP
tytułem: PRENUMERATA OKULISTYKI ORAZ
tytułem cd.: KONTAKTOLOGII NA ROK 2010

Opłata:

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

odcinek dla banku odbiorcy

dowód/pokwitowanie

OKULISTYKA | KONTAKTOLOGIA I OPTYKA OKULISTYCZNA

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: **150,00**

imię, nazwisko i adres wpłacającego

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

tytułem
Prenumerata „OKULISTYKI” ORAZ „KOTAKTOLOGII i OPTYKI OKULISTYCZNEJ” na rok 2010

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

STEMPEL DZIENNY

. . . . . podpis

. . . . . opłata

* niepotrzebne skreślić

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy: OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4
nazwa odbiorcy cd.: 02-005 WARSZAWA
l.k. | nr rachunku odbiorcy: 39 1060 0076 0000 3200 0043 4563
waluta: WPLN | kwota: --150,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)
nazw zleceniodawcy
nazw zleceniodawcy cd.: NIP
tytułem: PRENUMERATA OKULISTYKI ORAZ
tytułem cd.: KONTAKTOLOGII NA ROK 2010

Opłata:

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.

Prenumerata „KLINIKI OCZNEJ” na rok 2010

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 2010

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

STEMPEL DZIENNY

. . . . . podpis

. . . . . opłata

* niepotrzebne skreślić

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy: OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4
nazwa odbiorcy cd.: 02-005 WARSZAWA
l.k. | nr rachunku odbiorcy: 39 1060 0076 0000 3200 0043 4563
waluta: WPLN | kwota: --160,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)
nazw zleceniodawcy
nazw zleceniodawcy cd.: NIP
tytułem: PRENUMERATA KLINIKI OCZNEJ
tytułem cd.: NA ROK 2010

Opłata:

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

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 2010

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

STEMPEL DZIENNY

. . . . . podpis

. . . . . opłata

* niepotrzebne skreślić

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy: OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4
nazwa odbiorcy cd.: 02-005 WARSZAWA
l.k. | nr rachunku odbiorcy: 39 1060 0076 0000 3200 0043 4563
waluta: WPLN | kwota: --160,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)
nazw zleceniodawcy
nazw zleceniodawcy cd.: NIP
tytułem: PRENUMERATA KLINIKI OCZNEJ
tytułem cd.: NA ROK 2010

Opłata:

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.