

Dla osób niebędących członkami PTO oraz instytucji w kraju prenumerata „KLINIKA OCZNEJ” na rok 2012 – 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 „KLINIKA OCZNEJ”
na rok 2012**

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

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4	
nazwa odbiorcy cd.		02-005 WARSZAWA	
i.k.	nr rachunku odbiorcy	3910600000760000320000434563	
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		waluta	kwota
		WP PLN	- - 160,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)			
nazw zleceniodawcy			
nazw zleceniodawcy cd.			
NIP			
tytułem			
PRENUMERATA KLINIKA OCZNEJ			
tytułem cd.			
NA ROK 2012			
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy		Oplata:	

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 „KLINIKA OCZNEJ”
na rok 2012**

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

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4	
nazwa odbiorcy cd.		02-005 WARSZAWA	
i.k.	nr rachunku odbiorcy	3910600000760000320000434563	
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		waluta	kwota
		WP PLN	- - 160,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)			
nazw zleceniodawcy			
nazw zleceniodawcy cd.			
NIP			
tytułem			
PRENUMERATA KLINIKA OCZNEJ			
tytułem cd.			
NA ROK 2012			
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy		Oplata:	

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.