

Dla osób niebędących członkami PTO oraz instytucji w kraju prenumerata „KLINIKA OCZNEJ” na rok 2015 – 160,00 zł

dowód/pokwitowanie



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 2015**

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	PL	N	-	-	1	6	0	,	0	0										
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)																																	
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	1	5																									
												Oplata:																					
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy																																	

odcinek dla banku odbiorcy

dowód/pokwitowanie



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 2015**

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	PL	N	-	-	1	6	0	,	0	0										
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)																																	
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	1	5																									
												Oplata:																					
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy																																	

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.