

Dla osób niebędących członkami PTO oraz instytucji w kraju

prenumerata „KLINIKI OCZNEJ” na rok 2017 – 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 „KLINIKI OCZNEJ”
na rok 2017**

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 | | OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4 | |
| nazwa odbiorcy cd. | | 02 - 005 WARSZAWA | |
| i.k. | | nr rachunku odbiorcy | |
| 391060000760000320000434563 | | | |
| nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata) | | WP PLN - - 160,00 | |
| nazw zleceniodawcy | | | |
| nazw zleceniodawcy cd. | | NIP | |
| tytułem | | PRENUMERATA KLINIKI OCZNEJ | |
| tytułem cd. | | NA ROK 2017 | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy | | Oplata: | |

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

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 „KLINIKI OCZNEJ”
na rok 2017**

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 | | OFTAL SP. z o.o. ul. LINDLEYA 4 | |
| nazwa odbiorcy cd. | | 02 - 005 WARSZAWA | |
| i.k. | | nr rachunku odbiorcy | |
| 391060000760000320000434563 | | | |
| nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata) | | WP PLN - - 160,00 | |
| nazw zleceniodawcy | | | |
| nazw zleceniodawcy cd. | | NIP | |
| tytułem | | PRENUMERATA KLINIKI OCZNEJ | |
| tytułem cd. | | NA ROK 2017 | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy | | Oplata: | |

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.