



Regionalne  
Centrum  
Zdrowia

## ZAMÓWIENIE: TALONY NA USŁUGI MEDYCZNE RCZ

Zamawiający:.....

.....  
*Nazwa i adres firmy*

Nr telefonu:.....Nr fax:.....

Adres e-mail:.....

NUMER NIP:.....

Kontakt z Panem/Panią:.....

Osoba upoważniona do odbioru Talonów RCZ:.....

*Nazwisko i imię*

**Miejsce odbioru Talonów RCZ:**

**Regionalne Centrum Zdrowia Sp. z o.o. ul. Na Kępie 3, 64-360 Zbąszyń**

Data złożenia zamówienia: .....

Nominał	Ilość	Wartość	Wartość słownie
20 PLN			
50 PLN			
100 PLN			
	<b>SUMA:</b>		<b>Słownie:</b>

Imię i Nazwisko osoby sporządzającej zamówienie:.....

Podpis osoby sporządzającej zamówienie:

.....

Pieczętka firmowa: