

Dowód / pokwitowanie dla zleceniodawcy

16 1020 1185 0000 4002 0088 9766

odbiorca
MEDYK Sp. z o.o., 01-015 Warszawa,
Skwer Ks. Kard. S. Wyszyńskiego 5 lok. 54

kwota

dane wpłacającego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę Medyk Sp. z o.o. w celach związanych z działalnością wydawniczą i marketingową produktów medyczno-farmaceutycznych. Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych mam prawo do wglądu i wnoszenia poprawek do swoich danych.

podpis



stempel
dzienny

_____ opłata

_____ podpis

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy
Medyk Sp. z o.o.

nazwa odbiorcy cd.
01-015 Warszawa, Skwer Ks. Kard. S. Wyszyńskiego 5 lok. 54

nr rachunku odbiorcy
1 6 1 0 2 0 1 1 8 5 0 0 0 0 4 0 0 2 0 0 8 8 9 7 6 6

kwota
W P waluta
P L N kwota słownie (wpłata)

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd

adres zleceniodawcy

tytułem
P R E N U M E R A T A „ L E K W P O L S C E ”

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata

