

FORMULARZ REJESTRACYJNY

PRZESYŁKA ZA POBRANIEM

Usługa pobranie gotówki - realizowana w terminie 7 dni od dnia pobrania gotówki.

Dane Klienta:

Pełna nazwa firmy

.....

Ulica

Miasto Kod pocztowy -

Województwo

NIP REGON

Nazwa banku

Numer konta

Telefon / fax

Osoba kontaktowa:

Imię nazwisko

Telefon

E-mail

Inne

Pieczętka firmowa oraz podpis i pieczętka
Członka Zarządu Firmy lub Głównego Księgowego

Data, miejscowość

Przyjęto przez pracownika Pharmalink (data, podpis)

.....

Pharmalink Sp. z o.o.

94-406 Łódź, ul. K.C. Gillette 1, tel. (42) 200 80 12, fax.: (42) 200 80 13, infolinia 800 111 203

NIP: 947-181-15-53 , KRS nr 0000038412, Sąd Rejonowy dla Łodzi Śródmieścia w Łodzi , XX Wydział Krajowego Rejestru Sądowego.

Kapitał zakładowy w wysokości 10.000.000 zł.

www.pharmalink.pl