

.....
(miejsowość, data)

(pieczętka firmy)

ZLECENIE WYKONANIA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO W CENTERMED POZNAŃ SP. Z O.O.

(nazwa firmy)

zwany dalej „Zleceniodawcą”
zlecaCenterMed Poznań Sp. z o.o., ul. Mostowa 23A/28, 61-854 Poznań, zwany dalej „Zleceniobiorcą”
przeprowadzenie świadczenia/świadczeń zdrowotnych, których zakres obejmuje:

IMIĘ	NAZWISKO	PESEL / DATA URODZENIA

Płatność zostanie uregulowana: gotówką / kartą płatniczą w dniu wykonania usługi.

Fakturę proszę wysłać mailowo na adres:

lub pocztą na adres:

.....
(Pieczętka i podpis osoby upoważnionej ze strony zleceniodawcy)