

.....  
(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. Święty Marcin 58/64, 61-807 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)