

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
| nazwa odbiorcy | | CENTRUM MEDYCZNE FEMINA KAPU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa odbiorcy cd. | | ŚNIAK WALECZEK SPÓŁKA JAWNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nr rachunku odbiorcy | | 37114020170000400210866798 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | W <input checked="" type="checkbox"/> PLN | | | | | | | | | | | | kwota 350,00 - - - - - | | | | | | | | | | | |
| nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata) | | t r z y s t a p i ę c d z i ę s i ą t z ł o t y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa zleceniodawcy c.d. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem | | BADANIE COVID - CIESZYN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem cd. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 06 | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
| nazwa odbiorcy | | CENTRUM MEDYCZNE FEMINA KAPU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa odbiorcy cd. | | ŚNIAK WALECZEK SPÓŁKA JAWNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nr rachunku odbiorcy | | 37114020170000400210866798 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | W <input checked="" type="checkbox"/> PLN | | | | | | | | | | | | kwota 350,00 - - - - - | | | | | | | | | | | |
| nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata) | | t r z y s t a p i ę c d z i ę s i ą t z ł o t y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nazwa zleceniodawcy c.d. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem | | BADANIE COVID - CIESZYN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tytułem cd. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 06 | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |