



Pieczęć zamawiającego

**Drukarnia Częstochowskie
Zakłady Graficzne S.A.**

Al. NMP 52,
42-200 Częstochowa
tel. +48 34 34 35 891
fax. + 48 34 365 11 64

Zamówienie na druk recept*

Zamawiający:

Nazwa:			
Adres:			
Kod:		Miejscowość:	
NIP:			
Telefon:			

Ilość zamawianych bloczków**:.....

Osoba upoważniona do odebrania druków recept wpisana w rejestrze NFZ:

Imię i nazwisko:

- Odbiór własny
- Przesyłka za pobraniem (Poczta Polska)
- Przesyłka wartościowa za pobraniem (Poczta Polska)

Do zamówienia dołączam kopię potwierdzenia przydzielenia zakresów numerów recept.

Zamawiam
(czytelny podpis)

Imię Nazwisko

* - Zamówienie prosimy przesłać faksem na numer + 48 34 365 11 64
** - Jeden bloczek składa się ze stu recept.