

**ZAMÓWIENIE NR*..... czasopisma *dsignn*
wydawanego przez Akademię WIT w Warszawie
z siedzibą przy ul. Newelskiej 6, 01-447 Warszawa**

Nr czasopisma / Prenumerata na rok	Ilość	Cena za sztukę*
RAZEM:		

DANE NIEZBĘDNE DO WYSTAWIENIA FAKTURY

Nazwa firmy / imię i nazwisko	
Adres: nazwa i nr ulicy, nr lokalu	
Kod pocztowy i miasto:	
NIP (w przypadku firmy):	
Nr telefonu:	
E-mail:	

ADRES WYSYŁKI

Nazwa firmy / imię i nazwisko	
Adres: nazwa i nr ulicy, nr lokalu	
Kod pocztowy i miasto:	

SPOSÓB DOSTARCZENIA (proszę zaznaczyć: X)

☐	Odbiór osobisty w Bibliotece Uczelni
☐	Przesyłka za pośrednictwem Poczty Polskiej

**Oświadczam, że akceptuję warunki zakupu i zobowiązuję się do dokonania
przedpłaty (przelewem) na rachunek bankowy Akademii WIT w Warszawie:
12 1240 6247 1111 0000 4980 2294**

Koszt usługi Poczty Polskiej wynosi* zł

.....
(data i podpis zamawiającego)

akceptacja zamówienia*
(pieczęć firmowa biblioteki)

*** wypełnia Punkt Sprzedaży**