

## ZAMÓWIENIE

### ZAMAWIAJĄCY (dane do faktury):

Imię i Nazwisko.....  
Nazwa apteki.....e-mail .....  
Adres: ..... tel.....  
Nr NIP: ..... woj.....

### PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE

XXL Media Sp. z o.o.  
02-255 Warszawa  
ul. Krakowiaków 16, tel. (22) 35-68-500, fax. (22) 35-68-502  
nr NIP 522-27-13-140

### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Zamawiam prenumeratę miesięcznika Moda na Farmację. Miesięcznie w łącznej ilości: .....

- Zamawiam na okres 12 miesięcy  
 Zamawiam na okres 6 miesięcy

### PŁATNOŚCI

Przyjmujący zamówienie wystawi fakturę. Termin płatności wynosi 14 dni od daty wystawienia faktury, zaś płatność dokonywana będzie na rachunek bankowy wskazany na fakturze. Zamawiający wyraża zgodę na wystawianie faktur bez jego podpisu.

### CZAS OBOWIĄZYWANIA ZAMÓWIENIA

Zamówienie dotyczy egzemplarzy od miesiąca \_\_\_\_\_ 2011 roku obowiązuje na czas określony. Obowiązuje 3 miesięczny okres wypowiedzenia. Niewywiązanie się którejs ze stron z postanowień zamówienia daje drugiej stronie prawo zakończenia współpracy bez wypowiedzenia, ze skutkiem natychmiastowym.

**Oświadczam, że jestem lekarzem, farmaceutą lub osobą prowadzącą zaopatrzenie w produkty lecznicze.**

**ZAMAWIAJĄCY** (Data, czytelny podpis i pieczętka)