

.....
(imię i nazwisko osoby badanej)

Ława,

DRUK Z DANymi DO FAKTURY

| | |
|---|--|
| Nazwa firmy | |
| Adres | |
| NIP | |
| Numer faktury (wypełnia pracownik PSSE) | |

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis

.....
(imię i nazwisko osoby badanej)

Ława,

DRUK Z DANymi DO FAKTURY

| | |
|---|--|
| Nazwa firmy | |
| Adres | |
| NIP | |
| Numer faktury (wypełnia pracownik PSSE) | |

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis