

Dane Przyjmującego zamówienie:

Nazwa.....
Adres:.....
Nr telefonu.....
e-mail.....
NIP:.....
REGON:.....

Harmonogram udzielania świadczeń

Dostępność godzinowa tygodniowo	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowalnym)