

**Z A M Ó W I E N I E NA SÓL WARZONĄ**

fax. 61 66 22 44 9

Data zamówienia: .....	Oferta z dnia: .....
Zamawiający (nazwa, ulica, miasto, kod)	Płatnik (nazwa, ulica, miasto, kod, NIP, Regon, KRS)
Miejsce dostawy (nazwa, ulica, miasto, kod)	Zamawiający: ..... nr tel.: ..... Info. o dostawie: ..... nr tel.: .....
Magazyn czynny.: .....	

Towar	Ilość (tony)	Data dostawy
Sól warzona spożywcza		

Uwagi
-------

[Zamawiający akceptuje Ogólne Warunki Handlowe Dostaw i Świadczenia Usług \(www.salzag.pl\)](http://www.salzag.pl)

Podpis .....