

Data zabiegu:

Protokół zużycia z dn.:

PROSIMY O ELEKTRONICZNE WYPEŁNIENIE DOKUMENTU

UMOWA NR:

KUPUJĄCY

DOSTAWCA

Nazwa szpitala:

HAMMERmed Medical Polska Sp. z o.o. S.K.A.
ul. Kopcińskiego 69/71
90-032 Łódź

Ulica i numer:

Kod pocztowy
i miasto:

NIP: 728-280-08-37

NIP:

Tel.: 42 639 10 10

Tel.:

Fax: 42 639 10 20

Miejsce
dostawy:

E-mail: zamowienia@hammer.pl

ETYKIETY ZUŻYTEGO SPRZĘTU:

.....
Czytelny podpis osoby
uprawnionej do złożenia zamówienia

.....
Pieczęć szpitala