



..... dnia .....

**klinikaMaszyn.pl**

Karol Gdesz

42-506 Będzin

ul. Adama Mickiewicza 56

NIP: 6252260531

Proszę o umożliwienie dokonywania zakupów w KlinikaMaszyn.pl na warunkach odroczonego terminu płatności.

**FIRMA:**

**ADRES SIEDZIBY:**

**NIP:**

**KRS:**

Ustanowiony termin płatności: **7 dni**;

Ustanowiony limit kredytowy: **6000,00 PLN netto**.

Oświadczam, że do podpisywania zamówień upoważnione są następujące osoby:

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL

(w przypadku podania adresu e-mail oświadczam, że zamówienie wysłane z podanego wyżej adresu będzie traktowane jako podpisane własnoręcznie).

Zobowiązuję się do dotrzymania przyznanego przez KlinikaMaszyn.pl terminu płatności. Po jego przekroczeniu wyrażam zgodę na wystawianie płatnych upomnień w wysokości 20 zł netto, bez wymaganego podpisu.

.....  
(pieczęć firmowa i czytelny podpis właściciela firmy lub osób uprawnionych do składania oświadczeń woli zgodnie z wpisem w KRS)

**PROSIMY O PRZESŁANIE SKANU DROGĄ MAILOWĄ ORAZ  
ORYGINAŁU TEGO DOKUMENTU NA ADRES FIRMY.**

**klinikaMaszyn.pl**

centrala +48.607-848-217

Robert Bisaga +48.883-434-434

Karol Gdesz +48.883-434-415

e-mail: [info@klinikaMaszyn.pl](mailto:info@klinikaMaszyn.pl)