

Pismo maszynowe: normalna czcionka - duże litery
Pismo odręczne: duże drukowane litery, każda w osobnej kracie.

druk PP-519a

Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		MEDSPORTPRESS SP. Z O.O.	
nazwa odbiorcy od.		03-301 WARSZAWA, UL. JAGIELLOŃSKA 47 LOK. 20	
nr rachunku odbiorcy		12156000132447193338010002	
nr rachunku zlecienniodawcy (polecenie przelewu) / kwota słownie (wpłata gotówkowa)		W P PLN 120,00	
nazwa zlecienniodawcy			
nazwa zlecienniodawcy od.			
tytułem		PRENUMERATA ROCZNA	
tytułem od.		„MEDYCYNA SPORTOWA”	
pieczęć, data i podpis(y) zlecienniodawcy		Oplata	

odcinek dla instytucji przyjmującej zlecenie

Pismo maszynowe: normalna czcionka - duże litery
Pismo odręczne: duże drukowane litery, każda w osobnej kracie.

druk PP-519a

Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		MEDSPORTPRESS SP. Z O.O.	
nazwa odbiorcy od.		03-301 WARSZAWA, UL. JAGIELLOŃSKA 47 LOK. 20	
nr rachunku odbiorcy		12156000132447193338010002	
nr rachunku zlecienniodawcy (polecenie przelewu) / kwota słownie (wpłata gotówkowa)		W P PLN 120,00	
nazwa zlecienniodawcy			
nazwa zlecienniodawcy od.			
tytułem		PRENUMERATA ROCZNA	
tytułem od.		„MEDYCYNA SPORTOWA”	
pieczęć, data i podpis(y) zlecienniodawcy		Oplata	

odcinek dla instytucji przyjmującej zlecenie

Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		MEDSPORTPRESS SP. Z O.O.	
nazwa odbiorcy od.		03-301 WARSZAWA, UL. JAGIELLOŃSKA 47 LOK. 20	
nr rachunku odbiorcy		12156000132447193338010002	
nr rachunku zlecienniodawcy (polecenie przelewu) / kwota słownie (wpłata gotówkowa)		W P PLN 120,00	
nazwa zlecienniodawcy			
nazwa zlecienniodawcy od.			
tytułem		PRENUMERATA ROCZNA	
tytułem od.		„MEDYCYNA SPORTOWA”	
pieczęć, data i podpis(y) zlecienniodawcy		Oplata	

odcinek dla zlecienniodawcy

Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		MEDSPORTPRESS SP. Z O.O.	
nazwa odbiorcy od.		03-301 WARSZAWA, UL. JAGIELLOŃSKA 47 LOK. 20	
nr rachunku odbiorcy		12156000132447193338010002	
nr rachunku zlecienniodawcy (polecenie przelewu) / kwota słownie (wpłata gotówkowa)		W P PLN 120,00	
nazwa zlecienniodawcy			
nazwa zlecienniodawcy od.			
tytułem		PRENUMERATA ROCZNA	
tytułem od.		„MEDYCYNA SPORTOWA”	
pieczęć, data i podpis(y) zlecienniodawcy		Oplata	

odcinek dla zlecienniodawcy