

Wytwórnia Filmów Dokumentalnych i Fabularnych

ul. Chełmska 21, 00-724 Warszawa

tel/fax: (22) 841 11 71

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kod pocztowy miasto

.....
ulica i nr domu

.....
NIP

.....
telefon

Proszę o

.....

.....

.....

Forma płatności gotówka.

Oświadczam, że znana jest mi treść warunków świadczenia w/w usług przez Zakład.

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

.....
podpis osoby składającej zamówienie