

(WZÓR)

Nazwa firmy

(Miejscowość) dnia

Adres

NIP:

Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy
Pracownia Higieny Pracy i
Szkodliwości zawodowych
UL. Zygmunta Augusta 1
31- 504 Kraków

ZLECENIE

*(Nazwa firmy)..... zleca wykonanie
pomiarów na uzgodnionych stanowiskach pracy w zakresie*

(wymienić czynniki)

.....
.....
wg przedstawionego cennika/ przedstawionej oferty cenowej PHP MOMP

Należność za wykonaną usługę płatna (*przelewem/ gotówką*) w ciągu 14 dni od daty otrzymania faktury na rachunek wskazany w fakturze.

Pieczętka imienna– podpis

*(osoba upoważniona do zaciągania zobowiązań
finansowych – wpis do KRS lub upoważnienie
dołączone do zlecenia)*