

## KONTO I KORZYSTANIE Z KREDYTU

### Szczegóły firmy (nabywcy)

Rodzaj podmiotu:	Sp. z o.o.	Jednoosobowa działalność gospodarcza	Spółka partnerska	Inny
Nazwa:	_____			
Adres:	_____			
Kod pocztowy / miasto:	_____			
Kraj:	_____			
NIP:	_____			
Numer wpisu do rejestru Izby Handlowej:	_____			
Właściciel / kierownik firmy:	_____			
Adres strony internetowej:	_____			
W jaki sposób Państwo się z nami skontaktowali?:	Poprzez kierownika ds. sprzedaży	Przez Internet	W inny sposób	

### Szczegóły kontaktu

Osoba do kontaktu / nabywca:	_____
Nr telefonu:	_____
Nr fax:	_____
Adres e-mail:	_____

### Rodzaj działalności

Biznes:	Ortezy	Protetyka	Szpital	Uniwersytet/szkoła	Dystrybutor
	Handel detaliczny / sklep	Inny			
Jeżeli zaznaczono opcję „Inny”, proszę określić, jaki:	_____				

### Dostawy / przesyłki

Nazwa:	_____
Adres:	_____
Kod pocztowy / miasto:	_____
Kraj:	_____
NIP:	_____

### Adres rozliczeniowy

Nazwa:	_____
Adres:	_____
Kod pocztowy / miasto:	_____
Kraj:	_____
Adres e-mail:	_____

### Warunki płatności

Standardowo płatność powinna zostać uiszczona w ciągu 30 dni od daty podanej na fakturze.

Metoda płatności:	Przelew bankowy	Polecenie zapłaty
Dane do polecenia zapłaty:	Nr konta bankowego: ING	
	Nr IBAN:	PL 06105000861000009031382394
	Kod SWIFT/BIC:	INGBPLPW

## KONTO I KORZYSTANIE Z KREDYTU

### Komentarze / wymagania klienta

### Podpis

Imiona i nazwiska: \_\_\_\_\_  
Tytuł: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Podpis: \_\_\_\_\_

\* Potwierdzamy autentyczność i prawidłowość wszystkich danych w niniejszym formularzu. Firma Ossur zostanie powiadomiona pisemnie w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zmian, 7 dni roboczych. Zapoznałem(-am) się z warunkami firmy Ossur dotyczącymi dostawy i płatności oraz wyrażam na nie zgodę.

## Pola do wypełnienia przez pracownika firmy Ossur

### Sprawdzone przez przedstawiciela działu obsługi klienta:

Sprawdzenie NIP: OK Nieprawidłowy  
Faktura uwzględnia VAT?: TAK NIE  
Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Podpis: \_\_\_\_\_

### Sprawdzenie wiarygodności przez dział ds. finansów

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_  
Czy raport kredytowy jest dostępny? TAK NIE  
(należy wydrukować i dołączyć raport)  
Wysokość limitu kredytowego : \_\_\_\_\_  
Waluta: \_\_\_\_\_  
Podpis: \_\_\_\_\_



WWW.OSSUR.COM

Ossur Polska sp.z o.o.  
Rogozińskiego 6  
31-559 Kraków

TEL +48 128812570  
FAX 00800-35393299  
orders.polska@ossur.com