



# FORMULARZ ZAMÓWIENIA TERMINOLOGII PROCEDUR MEDYCZNYCH CPT-PL

**ZAMAWIAM** [ \_ \_ ] \* **SZTUK KSIĄŻKI** „Terminologia procedur medycznych CPT-PL 2008” w cenie 169 zł brutto /sztuka,  
za łączną kwotę [ \_ \_ \_ ]\* **zł brutto**

## IMIĘ I NAZWISKO ZAMAWIAJĄCEGO/ FIRMA

[ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]\* [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]\*  
TELEFON KONTAKTOWY [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]  
ADRES E-MAIL [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]  
NIP [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]  
ADRES ZAMAWIAJĄCEGO  
UL. [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]\* Nr domu [ \_ \_ \_ \_ ]\* mieszkania [ \_ \_ \_ \_ ]\*  
Kod pocztowy [ \_ \_ - \_ \_ \_ ]\* Miejscowość [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]\*

## ADRES DO WYSYŁKI (wypełnić jeśli inny niż podany powyżej)

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA ADRESATA  
[ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]  
ADRES ADRESATA  
UL. [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ] Nr domu [ \_ \_ \_ \_ ] mieszkania [ \_ \_ \_ \_ ]  
Kod pocztowy [ \_ \_ - \_ \_ \_ ] Miejscowość [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]

## DOSTAWA

Przesyłka pobraniowa priorytetowa Poczty Polskiej w cenie odpowiadającej liczbie zamówionych książek.

Koszt dostawy priorytetową przesyłką pobraniową wynosi przy zakupie:  
1 książki – 15,40 zł

Przy zakupie 2 lub więcej sztuk książki dostawa realizowana będzie przez pocztę kurierską

**Koszt całkowity [ \_ \_ \_ ] zł [ \_ \_ ] gr \***

[ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]\*  
Czytelny Podpis

Uwaga! Wypełnienie pól oznaczonych symbolem \* jest obowiązkowe, wypełnienie pól dodatkowych ułatwi nam kontakt z Państwem w przypadku problemów z realizacją zamówienia. Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami.  
Aby otrzymać fakturę prosimy wypełnić „NIP”. Zawsze prosimy o podanie imienia i nazwiska osoby zamawiającej, w przypadku faktury na firmę zawartość pól „imię i „nazwisko” nie znajdzie się na fakturze, dane te pojawiają się na nalepce adresowej ułatwiając dostarczenie przesyłki klientowi.  
Informujemy, że składając zamówienie, wyrażacie Państwo zgodę na umieszczenie swoich danych osobowych w bazie danych Naczelnej Izby Lekarskiej. Dane są przetwarzane tylko dla potrzeb Naczelnej Izby Lekarskiej (wyłącznie do realizacji zamówień i informowania o ewentualnych promocjach) i nie będą udostępniane innym podmiotom. Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

---

**Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza faxem bądź drogą pocztową na adres:**  
**Naczelna Izba Lekarska, ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa**  
**tel. 0 22 559 13 00, fax 0 22 559 13 23**  
e-mail: [cpt@hipokrates.org](mailto:cpt@hipokrates.org)