FORMULARZ ZWROTU ODPADÓW OPAKOWANIOWYCH PODLEGAJĄCYCH KAUCJONOWANIU

Prawidłowe wypełnienie formularza (proszę czytelnie podać dane adresowe) oraz zwrot opakowań uprawnia do otrzymania zwrotu kaucji.

WYTWARZAJĄCY OPAKOWANIE:	NR IDENT. DYSTRYBUTORA	NR DOKUMENTU KAUCJI DO FAKTURY	DANE DOT. ZDAJĄCEGO	KOD KLIENTA	FIRMA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU OPAKOWAŃ:
Górnośląska Centrala Zaopatrzenia Medycznego „ZARYS" Sp. z o.o. 41-808 Zabrze Ul. Pod Borem 18	**DATA ODBIORU**			**NIP KLIENTA**	**Spółdzielnia Pracy „ARGO-FILM" UL. PACA 9 / 1 04-361 WARSZAWA**

PRODUKT		ILOŚĆ OPAK.	CENA JEDNO-STKOWA	WARTOŚĆ KAUCJI (SUMA)	PODPIS PIECZĘĆ ZDAJĄCEGO	PODPIS PIECZĘĆ PRZYJMUJĄCEGO
NR KATALOGOWY	NAZWA					