

# FORMULARZ WYMIANY STROJU FIRMOWEGO

**UBIERAMY  
PRACOWNIKOW.PL**

for



## ▲ ZAMAWIAJĄCY

Salon: \_\_\_\_\_

Adres do wysyłki: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Numer zamówienia: \_\_\_\_\_

## ▲ PRODUKTY ZWRACANE

## ▲ PRODUKTY ZAMAWIANE

PRODUKT	PŁEĆ*	ROZMIAR	ILOŚĆ	ROZMIAR	ILOŚĆ
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	K M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

\* zaznaczyć X przy wybranej opcji

## ▲ DODATKOWE UWAGI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby zamawiającej