

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

# Formularz zamówienia usługi

## Wykonawca:

Fundacja Veracity  
ul. św. Marcin 29/8  
61-806 Poznań

NIP: 783 168 64 17  
tel.: 61 646 08 23  
fundacja@veracity.pl

Osoba kontaktowa:  
Sylwia Adaszak  
sylwia.adaszak@veracity.pl  
603 757 775

## Zamawiający:

nazwa:

NIP:

adres:

Osoba kontaktowa:

Imię i nazwisko:

e-mail:

tel.:

## Zamówione usługi:

nazwa:

cena brutto:

termin płatności: 14 dni od daty wystawienia faktury

forma płatności: przelew na rachunek bankowy banku Alior Bank S.A.,

nr rachunku: 29 2490 0005 0000 4530 2874 2309

---

podpis i data zamawiającego