

FAKTURA nr.....

Data wystawienia:.....

Miejsce wystawienia:.....

Data wykonania usługi:

Forma płatności: przelew

Termin płatności:

Bank:

Numer rachunku bankowego:

<i>Sprzedawca</i>	<i>Nabywca</i>
Nazwa: Adres: Numer NIP:	Agencja Badań Medycznych ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa NIP: 525-278-39-49 REGON: 382836515

Nazwa usługi	Ilość	Cena jednostkowa	Stawka VAT	Wartość Netto	Kwota VAT	Wartość Brutto
Wykonanie zamówienia nr:..... dotyczącego sporządzenia Karty Oceny Merytorycznej wniosku o dofinansowanie						
Razem:						

Razem do zapłaty brutto:

Słownie brutto zł.:

Zwolnienie z podatku od towarów i usług: **TAK/NIE**

Podstawa prawna (art. wg ustawy o podatku od towarów i usług):.....