

FORMULARZ ZAMÓWIENIA

nr /ZAZ/

Zamawiający (nazwa lub pieczęć¹ / imię i nazwisko²)

.....

NIP¹ REGON¹ PESEL²

Ulica Nr domu Nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Osoba do kontaktu (imię i nazwisko, stanowisko¹)

Telefon stacjonarny Telefon komórkowy

Fax Adres e-mail

Opis zamówienia (rodzaj zamówionych usług /produktów)

Wpłacono zaliczkę w wysokości zł

Data realizacji zamówienia

Dodatkowe informacje

.....

Wykaz załączników:

1)

2)

3)

Zamawiający

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis)

¹ należy wypełnić w przypadku, gdy Zamawiającym jest firma/institucja

² należy wypełnić w przypadku, gdy Zamawiającym jest osoba prywatna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zakład Aktywności Zawodowej , ul. Chopina 10, 08-110 Siedlce w celu realizacji niniejszego zamówienia. Jestem świadom(a), iż podane informacje są niezbędne do sprawnego realizacji zamówienia i nie podlegają gromadzeniu.

Zamawiający

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

W trosce o zadowolenie Klientów Zakładu Aktywności Zawodowej i wysoką jakość świadczonych usług, formularze zamówień są przechowywane przez okres jednego miesiąca od daty realizacji zamówienia wyłącznie do celów ewentualnych reklamacji. Po tym terminie podlegają zniszczeniu, zaś dane w nich zawarte (zwłaszcza dane osobowe) nie podlegają dalszemu gromadzeniu i przetwarzaniu.

Potwierdzenie

Odebrał	Podpis	Data