



## G.5.7. MEGRENDELÉS MOSODAI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Szent Damján Görögkatolikus Kórház

H-4600 Kisvárd, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

### Szolgáltató:

Szent Damján Görögkatolikus Kórház,  
Székhely: 4600 Kisvárd, Árpád út 26.  
Képviseli: Hegyi Henrik Dénes főigazgató

### Megrendelő adatai:

Vállalkozás esetén

Magánszemély esetén

Megnevezése: .....

Név: .....

Cégjegyzékszám / nyilvántartási szám:

Szül. név: .....

.....

Anyja neve: .....

Székhely: .....

Szül. idő: .....

Adószám: .....

Lakcím: .....

Szig. szám: .....

### Szolgáltatáshoz tartozó adatok:

Szolgáltatás ideje: .....

Textília el és visszaszállítása: ..... alkalommal

Mosási jegyzék(ek) sorszáma: .....

### Fizetésre, számlázásra vonatkozó információk:

Házipénztári befizetés (papír alapú számla kerül kiállításra)

Banki átutalás (elektronikus számla kerül kiállításra)

E-mail cím elektronikus számla esetén: .....

Vállalkozási díj összesen (bruttó): ..... ..

Kijelentem és aláírással igazolom, hogy a Szolgáltató mosási szolgáltatások nyújtására vonatkozó Általános Szerződési Feltételeiben foglaltakat megismertem, az abban foglalt jogokat és kötelezettségeket tudomásul vettem, azokat magamra nézve kötelezőnek fogadom el.

Kisvárd, ..... év ..... hó ..... nap

Aláírás: .....

megrendelő

.....

szolgáltatásért felelős