

## Formularz zamówienia obstawy medycznej

1.	<b>Zleceniodawca (zamawiający)</b>	Nazwa, adres i NIP firmy	
2.	<b>Termin obstawy</b>	Data	
		Godziny	
3.	<b>Miejsce obstawy</b>	Dokładny adres, ew. plan dojazdu.	
4.	<b>Opis zdarzenia</b>	Rodzaj imprezy	
		Ilość osób	
		Uwagi, inne	
5.	<b>Osoba kontaktowa</b>	Nazwisko i imię	
		Nr telefonu, e-mail	
6.	<b>Oczekiwania klienta</b>		
		Zleceniodawca :	Zleceniobiorca :