

Zleceniodawca.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

**INSTYTUT MEDYCYNY WSI
ZAKŁAD EPIDEMIOLOGII I BIOSTATYSTYKI
UL. JACZEWSKIEGO 2, 20-090 LUBLIN**

**ZLECENIE WYKONANIA OPINII ŻYWNOŚCI
W TRYBIE PRZYSPIESZONYM (7 TYG.)**

Zleceniodawca.....
.....
zleca wykonanie opinii dotyczącej
.....
Ilości substancji czynnych zawartych w produkcie.....
.....

Płatność za wykonanie usługi zostanie uregulowana przelewem bankowym na podstawie faktury VAT.

Dane do faktury:

Zleceniodawca

Adres Zleceniodawcy.....

NIP.....

.....

(podpis, pieczęć)