

Nr karty*	A	B	ADRES KLIENTA		Spółdzielnia Pracy „ARGO-FILM” ul. Paca 9/1 04-361 Warszawa tel: +48 22 612 35 26 +48 22 612 35 29
			OKRES	Nr NIP Klienta	

* Niepotrzebne skreślić:

Produkt Nr katalog. (kod ABC)	Dystrybutor	Ilość	Kaucja za opakowanie	Wartość	Podpis zdającego	Podpis odbierającego
Razem do zwrotu						

A – Egzemplarz dla Klienta
B – Egzemplarz dla ARGO-FILM

Data odbioru formularza

_____ odbierający

_____ zdający