

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
<b>Razem do zwrotu</b>						

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

Data odbioru formularza
-------------------------

\_\_\_\_\_ odbierający

\_\_\_\_\_ zdający