

Upoważnienie

dla Pure Dental Sp. z o.o.
ul. Długa 29, 00-238 Warszawa

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nazwa gabinetu)

.....
(Adres gabinetu)

.....
(Adres gabinetu c.d.)

Niniejszym upoważniam
(dane pracowni protetycznej upoważnionej do współpracy z lekarzem)

do składania zamówień w imieniu
(nazwa gabinetu)

Jednocześnie wyrażam zgodę na dostarczanie produktów.....
(dokładny adres dostawy)

Upoważnienie zostaje udzielone terminowo / bezterminowo *
* (niepotrzebne skreślić)

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej i pieczęć kliniki/gabinetu)

Wyłączny dystrybutor systemu implantologicznego Alpha-Bio Tec. w Polsce.

Adres Rejestrowy:
Pure Dental Sp. z o.o.
ul. Długa 29 00-238 Warszawa

Adres Korespondencyjny:
Pure Dental Sp. z o.o.
ul. Stawki 2, Intraco, piętro 36, 00-193 Warszawa,

+48 22 490 41 57
+48 22 490 41 58

bok@alphabio.pl
www.alphabio.pl

