|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Instytut Psychiatrii i Neurologii****Dział Wydawnictw** ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa | tel. 22 458 27 04 wydawnictwo@ipin.edu.plwww.wydawnictwo.ipin.edu.pl |

**FORMULARZ ZAMÓWIENIA
Zamawiam następujące pozycje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tytuł książki / Czasopismo (rok prenumeraty)** | **Ilość** | **Cena brutto** |
|  |  |  |
|  |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |

**Dane do faktury nabywcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Firma |  |
| NIP |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |

**Dane odbiorcy/płatnika:** (nie wypełniać, jeśli są takie same jak dane nabywcy, odbiorcy/płatnika):

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| Firma |  |
| NIP |  |
| Ulica |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| E-mail |  | Telefon |  |

**Forma płatności:** Wpłata na konto bankowe mBank 07 1140 1010 0000 5280 8400 1017

Opłaty za zamówienie należy dokonywać po złożeniu zamówienia i otrzymaniu faktury – podając w treści przelewu numer faktury.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Podpis nabywcy:  |