



ZAMÓWIENIE NR

DATA.....

ZAMAWIAJĄCY

TERMIN REALIZACJI.....

<mailto:zamowienia@grupaexpert.com.pl>

tel.: 46 863 26 27

LP	PRODUCENT	RODZAJ	NAZWA/TYP	WZÓR	SZYBA	SZER. SKRZ.	STRONA	WYKOŃCZENIE/ KOLOR	ZAMEK	WENTYLACJA	ZAWIASY	WYPEŁNIENIE SKRZYDŁA	TYP, ZAKRES OŚCIEŻNICY	ILOŚĆ	UWAGI

UWAGI

.....

.....
PIECZĄTKA FIRMY

.....
CZYTELNY PODPIS ZAMAWIAJĄCEGO

.....
TEL. KONTAKTOWY