

FORMULARZ ZAMÓWIENIA PAKIETU ANTYWIRUSOWEGO	
DANE PŁATNIKA:	
NIP	
NAZWA	
ADRES	
DANE ODBIORCY:	
NIP	
NAZWA	
ADRES DOSTAWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
UWAGI, INFORMACJA DLA SPRZEDAJĄCEGO	



Aptekarska Grupa Wsparcia Radix Sp. z o.o.

ul. Kryniczna 15,

40-637 Katowice

NIP 954-274-92-13

BDO 000328698

infolinia 889 615 600

www.agwradix.pl