

.....
(Miejscowość, data)

.....
(nazwa gabinetu)

.....
(adres)
.....

**Alpha Bio Polska Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością Spółka Komandytowa
ul. Stawki 3A
00-193 Warszawa**

**U P O W A Ż N I E N I E
DLA ALPHA BO POLSKA SP. Z O.O. S.K.
ul. Stawki 3a, 00-193 Warszawa**

Niniejszym upoważniam.....

.....
(dane pracowni protetycznej upoważnionej do współpracy z lekarzem)

do składania zamówień w imieniu.....

.....
(nazwa gabinetu)

Jednocześnie wyrażam zgodę na dostarczenie produktów.....

.....
(dokładny adres dostawy)

Upoważnienie zostaje udzielone terminowo / bezterminowo*

*(niepotrzebne skreślić)

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

Authorized Distributor in Poland

Alpha Bio Polska

Korespondencja
Alpha Bio Polska Sp.zo.o.S.K.
ul. Stawki 3A
00-193 Warszawa

Tel: 22 490-41-57

Email:
office@alphabio.pl

www.alphabio.pl

**Siedziba: Alpha Bio Polska Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa; ul. Stawki 3A ;
00-193 Warszawa**

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, Sąd Gospodarczy XIII Wydział KRS Numer KRS: 0000451625; NIP: 5862236654;
Suma komandytowa: 1.800.000,00 zł