formpress ab

Kraftvägen 10, 386 32 FÄRJESTADEN

Ordersedel

Företag:_____ Kundnr:_____ Org.nr_____

Beställare/kontaktperson: _____ Orderdatum:_____

Telefonnummer:_____ Önskad lev: _____

Mailadress:_____ Önskat leveranssätt:_____

_____

Leveransadress: Faktureringsadress:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Skickat med etiketter ☐ Ja ☐ Nej

Storlek:	Antal:	Benämning:	Pris:

Övrigt information:

_____

_____

_____

_____