

**CLEANER Zakład Sprzątanía**  
**Zakład Pracy Chronionej**  
**82-300 Elbląg ul. Mazurska 10**  
**tel. (055) 234-03-40 fax. (055) 235-64-64**  
**Przedstawicielstwo Sopot**  
**81-734 SOPOT Al. Niepodległości 813/815**  
**tel: (058) 550-32-12**

(pieczęćka firmowa)

## Z A M Ó W I E N I E   K R Ó T K O T E R M I N O W E

..... z siedzibą  
(nazwa firmy lub nazwisko klienta)

w .....  
(adres)

.....NIP: .....  
(nr RHB lub dane z rejestru działalności gospodarczej)

1. Zamawiam: ..... szt. kabin sanitarnych od dnia ..... do dnia .....
2. Przewiduję następującą lokalizację .....

.....  
(imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za eksploatację kabiny sanitarnej)

.....  
(telefony kontaktowe)

**Oświadczam, że pracownik firmy „CLEANER” poinformował mnie o wszystkich kosztach związanych z w/w usługą.**

### **UWAGA:**

- Lokalizacja kabiny jak i dojazd winny odbywać się po nawierzchni utwardzonej.
- Płatność przelewem do 7 dni od daty wystawienia faktury.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do zaciągania zobowiązań)

**Ponadto informujemy, iż jesteśmy Zakładem Pracy Chronionej i z tego tytułu możecie Państwo skorzystać z odliczeń z tytułu wpłat na PFRON, które stanowią 10% wartości sprzedawanych usług na rzecz Waszej firmy.**