

Potwierdzenie odbioru w Biurze Podawczym
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego

SP ZOZ Szpital Psychiatryczny
ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek

.....
(data i podpis)

AKCEPTACJA/REZYGNACJA* PRZESYŁANIA I UDOSTĘPNIANIA E-FAKTUR

WNIOSKODAWCA/ODBIORCA:

.....
(nazwisko i imię lub nazwa)

.....
(ulica i nr domu/lokalu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(PESEL/NIP)

Akceptacja przesyłania i udostępniania e-faktur

Wyrażam zgodę na wystawienie i przesyłanie przez SP ZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku faktur, korekt faktur oraz duplikatów faktur w formie elektronicznej w formacie PDF zgodnie z zapisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106, późn. zm.)

Proszę o przesyłanie faktur na podany adres e-mail:

.....
(proszę o wypełnienie drukowanymi literami)

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią „Regulaminu przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej” obowiązującym w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku i akceptuję jego treść.

.....
(data, czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Wypełnia pracownik SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

.....
(data wpływu)

(nr nabywcy)

.....
(uwagi)

(podpis)