

ЗАЯВКА

/Наименование Делового партнера/ просит Вас поставить в наш адрес следующие препараты со сроком годности не менее __%:

Препарат	Кол-во	Ед. измерения	Код товара	Стоимость без НДС	Получатель	Адрес поставки

С уважением,

Должность уполномоченного лица Делового партнера

подпись

И.О.Фамилия