



miejsowość

data (dd-mm-rrrr)

OŚWIADCZENIE O AKCEPTACJI FAKTUR PRZESYŁANYCH DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Klient:

Pełna nazwa:

Adres (ulica, nr lokalu):

Kod pocztowy i miejscowość:

NIP:

PODMIOT WYSTĘPUJĄCY O ZGODĘ:

Medicast Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

ul. Polska 114

60-401 Poznań

NIP: 779-10-33-837

OŚWIADCZENIE:

1. Akceptuję wystawianie i przesyłanie faktur w formie elektronicznej, ze wszystkimi prawnymi skutkami doręczenia [rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie przesyłania faktur w formie elektronicznej, zasad ich przechowywania oraz trybu udostępniania organowi podatkowemu lub organowi kontroli skarbowej (Dz. U. nr 249, poz. 1661)].
2. Faktury elektroniczne, duplikaty faktur oraz korekty do faktur wystawione przez Fitcast Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością (zwaną dalej MEDICAST) będą przyjmowane pod adresem e-mail:

(prosimy o czytelne wpisanie drukowanymi literami)



-
3. W razie zmiany adresu email zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia o nowym adresie na adres: zamowienia@medicast.com.pl
 4. W przypadku, gdy przeszkody formalne lub techniczne uniemożliwią przesłanie faktur w formie elektronicznej, faktury powinny zostać przesłane w formie papierowej.

.....
(*pieczęć oraz podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Klienta*)