

Formularz zamówienia usługi „Wpis do katalogów www.katalogppoz.pl”

Zamawiamy usługę „Wpis do katalogów www.katalogppoz.pl” polegającą na prezentacji naszej firmy i naszych produktów/usług w Portalu www.katalogppoz.pl. **Prosimy o wpis naszej firmy do (należy zakreślić odpowiedni kwadrat):**

 katalogu producentów katalogu usługodawców

Zapoznaliśmy się z regulaminem Portalu i cennikiem podstawowym reklam oraz regulaminem promocyjnym „Zamrożony abonament”. Oświadczamy, że akceptujemy warunki w nich zawarte oraz wyrażamy zgodę na otrzymywanie informacji i ofert z Portalu www.katalogppoz.pl.

Zobowiązujemy się do wniesienia opłaty abonamentowej za 12-miesięczny okres wyświetlania informacji o firmie i jej produktach/usługach (liczony od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu realizacji niniejszego zamówienia), zgodnej z cennikiem obowiązującym w dniu złożenia niniejszego zamówienia. Opłata powinna być ustalona w oparciu o **Regulamin promocyjny „Zamrożony abonament” (tylko 307 zł brutto za 12 miesięcy)**

Opłata abonamentowa zostanie dokonana przelewem na konto bankowe BRE Bank S.A. (mBank) nr 32 1140 2004 0000 3002 4912 5954.

Dane firmy niezbędne do jej rejestracji.

Nazwa Firmy

Ulica

Miasto, kod pocztowy

Nr telefonu

Adres e-mail dostępny dla Redakcji Portalu (służący do rejestracji Firmy)

UWAGA! Nie należy podawać adresu ogólnego, gdyż na ten e-mail zostanie przesłany login i hasło do Systemu Zarządzania Treścią)

Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)

Dane umożliwiające korzystanie z dodatkowych funkcjonalności portalu (nieobowiązkowe):

Nr faksu

Adres e-mail dostępny dla Użytkowników Portalu (np. pomoc techniczna)

Nazwa strony internetowej

Informacje o firmie (do umieszczenia w części opisowej):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Upoważniamy firmę MAIS Małgorzata Kwosek z siedzibą w Gliwicach przy ul. Grottgera 22/7, NIP: 644-199-83-09 do wystawienia rachunku za zamawianą reklamę.

Dane osoby wypełniającej formularz:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Adres e-mail

.....
Miejscowość i data.....
Podpis osoby upoważnionej i pieczęć firmowa**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza i przesłanie na nr fax (032) 797 14 26****Kontakt:**Małgorzata Kwosek – Redaktor www.katalogppoz.pl, e-mail: reklama@katalogppoz.pl; tel. 604 461 601, fax (032) 797 14 26