

**Faktura Nr 23/4/2024**

Data wystawienia	<b>29/04/2024</b>
Forma płatności	<b>Przelew bankowy</b>
Termin płatności	<b>29/04/2024</b>
Data sprzedaży	<b>29/04/2024</b>

**Sprzedawca / Gabinet**

Stomatologia Przyszłości Sp. z o. o.  
NIP: 6443519158  
Łódzka 3  
42-202 Częstochowa, PL  
Nr rachunku bankowego:  
Bank Pekao SA 39 1240 4836 1111 0010 6891 8425

**Pacjent:**

Fundacja dr Mosinga  
ID pacjenta: 206440442036384  
NIP: 9291845734  
T.Olbrychta 8/9  
65-823 Zielona Góra, Polska

L.p.	Nazwa usługi / produktu	pkwiu	Ilość	VAT	Cena jedn.	Wartość całkowita
1	Usługa stomatologiczna		1	ZW	730,00	730,00

**Wartość Razem**

**730,00 PLN**

Uwagi

Pacjent: Antoni Wiącek

Zespół kliniki Stomatologia Przyszłości dziękuje Państwu za wizytę i życzy Dobrego Dnia.

Podpis wystawiającego :

Podpis otrzymującego :