

ORDEN DE PEDIDO



Nº Oferta:

Asesor:

Datos Fiscales Cliente			
Nombre Cliente:			
Dirección:			
C.P:	Población:	Provincia:	
Razón Social:		CIF:	
Persona de Contacto:	Tel:	Movil	
E-mail persona de Contacto:		Web empresa:	

OBSERVACIONES

Cantidad	Producto a Realizar	Precio	Total

IVA 18%

Total

Cantidad	Producto a Emitir En Terapiatv	Precio	Total

IVA 18%

Total

Importe(mensual)

Forma de Pago 50% Aceptación Presupuesto Resto pago antes de emisión	NºCuenta Banco Sabadel de Mirada Oculta								
	<table border="1"> <tr> <th>Entidad</th> <th>Oficina</th> <th>DC</th> <th>Número de Cuenta</th> </tr> <tr> <td>0 0 8 1</td> <td>4 2 8 8</td> <td>4 1</td> <td>0 0 0 1 0 9 2 5 1 2</td> </tr> </table>	Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta	0 0 8 1	4 2 8 8	4 1	0 0 0 1 0 9 2 5 1 2
Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta						
0 0 8 1	4 2 8 8	4 1	0 0 0 1 0 9 2 5 1 2						
Acepto recibir la factura por e-mail Persona de Contacto..... Email..... Teléfono									

Conforme: Firma Nombre..... Firma y Sello
