Faktura nr……..

……
data wystawienia

……..
data sprzedaży

Sprzedawca:
……....
Adres: ……
NIP:…….

Nabywca:
EMC Instytut Medyczny S.A.
ul. Pilczycka 144-148
54-144 Wrocław
NIP: 894-281-41-32

Sposób płatności: Przelew
Bank: ……
Numer konta: ……...

Termin zapłaty: 30 dni

LP.	Nazwa	Cena netto	VAT	Wart. brutto
1.	Świadczenia zdrowotne	……..	zw.	……

	Razem netto:
VAT (23%):	zw.
Razem brutto:	……

Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT: Ustawa o podatku od towarów i usług z dnia 11.03.2004 ze zmianami: Art. 43, Ust. 1, Pkt. 19a.

Łącznie do zapłaty: ……

Słownie: ……..