

Zamówienie

Data wypełnienia

.....

Imię i nazwisko Zamawiającego

.....

Telefon kontaktowy

.....

E – mail

.....

Lp.	Wybierz	Warianty do wyboru
1.	Program	<input type="checkbox"/> 5 DAYS
2.	Grupa kaloryczna (po obliczeniu wskaźnika „zapotrzebowanie na energię”, znajdującego się na www.lekkiedanie.pl w zakładce „kalkulator”)	<input type="checkbox"/> 1200 <input type="checkbox"/> 1500 <input type="checkbox"/> 1800
3.	Abonament	<input type="checkbox"/> 1 tydzień <input type="checkbox"/> 2 tygodnie <input type="checkbox"/> 3 tygodnie <input type="checkbox"/> 4 tygodnie
4.	Data rozpoczęcia programu lekkiedanie.pl (po dokonaniu opłaty)	
5.	Adres dostawy	
6.	Godzina dostawy (między godz. 6:00 a 8:00)	
7.	Czy występują alergie pokarmowe?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8.	Jakie? (wypełniamy tylko w przyp. odp. TAK pkt 7)	
9.	Potwierdzenie zapłaty	<input type="checkbox"/> Faktura <input type="checkbox"/> paragon
10.	Dane do faktury* (wypełniamy tylko w przyp. odp. FAKTURA pkt 5)	
11.	Imię i nazwisko zamawiającego oraz podpis	