

Do: DARTOM Sp. z o.o.	
Attn:	
Fax: +48 22 724 10 30	
CC:	
Data:	
Temat: Zlecenie transportowe	Ilość stron: 1

ZLECENIODAWCA/PŁATNIK		
Nazwa:		
Adres:		
Miasto:		
NIP		
Tel.		
Osoba kontaktowa		
Miejsce załadunku		Miejsce rozładunku
Nazwa:		Nazwa:
Adres:		Adres:
Miasto:		Miasto:
Kraj:		Kraj:
Tel.:		Tel.:
Data załadunku:		Data rozładunku:
Rodzaj towaru:		
Waga brutto:	Objętość:	
Uwagi dotyczące towaru:		
Nr ref. towaru:	ADR:	Liczba palet EURO:
Uzgodniony fracht:		

UWAGI: