

.....
Miejscowość / Data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Kod pocztowy/ miejscowość

.....
NIP

Akademia Zdrowia
Izabela Łajs

Prośba o wystawienie faktury

Proszę o wystawienie faktury za kurs

.....
.....

który odbył się w terminie

.....

Cena kursu

Z poważaniem:
Podpis