

ZAMAWIAJĄCY

Imię i nazwisko

Adres

Pieczęć wpływu

Archiwum Państwowe w Przemyślu

Proszę o wykonanie kserokopii, skanów, odbitek fotograficznych, fotografii własnym aparatem cyfrowym wymienionych poniżej archiwaliów

Nazwa zespołu akt	Sygn. jedno-stki	Nr mikro-filmu	Strony	Liczba egz.	Format Uwagi

Zobowiązuje się do uregulowania opłaty za wykonane zgodnie z powyższym zamówieniem usługi reprograficzne niezwłocznie po otrzymaniu rachunku

Uwagi pracowni

OPLATA	100%	40%	20%	0%
Data zamówienia	Przyjął			
Kieruje do wykonania				

ZAMAWIAJĄCY

Imię i nazwisko

Adres

Pieczęć wpływu

Archiwum Państwowe w Przemyślu

Proszę o wykonanie kserokopii, skanów, odbitek fotograficznych, fotografii własnym aparatem cyfrowym wymienionych poniżej archiwaliów

Nazwa zespołu akt	Sygn. jedno-stki	Nr mikro-filmu	Strony	Liczba egz.	Format Uwagi

Zobowiązuje się do uregulowania opłaty za wykonane zgodnie z powyższym zamówieniem usługi reprograficzne niezwłocznie po otrzymaniu rachunku

Uwagi pracowni

OPLATA	100%	40%	20%	0%
Data zamówienia	Przyjął			
Kieruje do wykonania				