

ISKOLABUSZ MEGRENDELŐLAP

Kérjük, hogy nyomtatott betűkkel töltsse ki!

Gyermek vezetékneve:	Gyermek keresztnéve:
Osztály:	
Kapcsolattartó szülő vezetékneve:	Kapcsolattartó szülő keresztnéve:
Kapcsolattartó szülő e-mail címe:	Telefonszáma:
Lakcím (szállítási cím) Irányítószám:	Város:
Utca:	Házzszám:
Emelet, ajtó:	
Az iskolabusz igénylése:	<input type="checkbox"/> Csak reggel <input type="checkbox"/> Csak délután <input type="checkbox"/> Reggel és délután
Számlázási név:	
Számlázási cím: <input type="checkbox"/> A lakcímmel megegyezik	<input type="checkbox"/> A lakcímtől eltérő: Irányítószám: Város: Utca: Házzszám: Emelet, ajtó:
Céges számlázás esetében a cég adószáma:	
Egyéb megjegyzés:	

Kelt.:

.....
Törvényes képviselő aláírása

