SİPARİŞ FORMU

TARİH ...../...../ 20

Fatura Adresi	Teslimat Adresi
İsim.....	İsim.....
Adres.....	Adres.....
.....	.....
Telefon.....	Posta Kodu.....
Sipariş No.....	Şehir.....
Vergi Dairesi.....	Telefon.....
Vergi No' su.....	Cep Tel.....

Adet	Ürün	Ürün Detayı	Fiyat (adet)	Toplam

Telefon : 00 90 (212) 254 12 04
Faks : 00 90 (212) 254 12 05
Adres : Tersane Cad.
İzzet Baysal İş Merkezi.
Kat:4 No:42 Karaköy - İSTANBUL

Internet : www.axakalind.com
Email : info@axakalind.com

Bilgi : **Kargo bedelleri için telefonla bilgi alınız.**
Sipariş onayınızdan sonra bu formu tarafımıza fakslayınız.

Ara Toplam.....
K.D.V.....
Kargo Bedeli.....
TOPLAM.....

Teşekkür Ederiz.

İMZA / KAŞE