Potwierdzenie odbioru w Biurze Podawczym  
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego

SP ZOZ Szpital Psychiatryczny ………………………………………………………………………  
ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek *(data i podpis)*

# AKCEPTACJA/REZYGNACJA\* PRZESYŁANIA I UDOSTĘPNIANIA E-FAKTUR

WNIOSKODAWCA/ODBIORCA:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(nazwisko i imię lub nazwa)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(ulica i nr domu/lokalu) (kod pocztowy, miejscowość)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(adres do korespondencji)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(telefon kontaktowy) (PESEL/NIP)*

**Akceptacja przesyłania i udostępniania e-faktur**

Wyrażam zgodę na wystawienie i przesyłanie przez SP ZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku faktur, korekt faktur oraz duplikatów faktur w formie elektronicznej w formacie PDF zgodnie z zapisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106, późn. zm.)

Proszę o przesyłanie faktur na podany adres e-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(proszę o wypełnienie drukowanymi literami)*

**Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią „Regulaminu przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej” obowiązującym w SP ZOZ Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku i akceptuję jego treść.**

………………………………………………………………………

*(data, czytelny podpis)*

\*niepotrzebne skreślić

Wypełnia pracownik SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(data wpływu) (nr nabywcy)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(uwagi) (podpis)*