



ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____
ΟΝΟΜΑ: _____
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: _____
Α.Φ.Μ.: _____ (υποχρεωτικό)
ΑΡ.ΔΕΛ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____
ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ: _____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____
ΣΤΑΘ.ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ (υποχρεωτικό)
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ: _____ (υποχρεωτικό)

24 ΕΚΚΕΝΩΣΕΙΣ ΒΥΤΙΟΦΟΡΩΝ ΜΗΝΟΣ _____ ΑΞΙΑΣ 240€ ΠΛΕΟΝ ΦΠΑ

Ημ/νια ____/____/2017

Υπογραφή