

**Faktura VAT**Nr **FVS 007/01/2018-LCZ3****PRO FORMA**2018-01-02 Rzeszów
data i miejsce wystawienia dokumentu2018-01-02
data sprzedaży

Sprzedawca: **ORTO-RES Sp. z o.o.**
Adres: **35-615 Rzeszów, ul. Leszka Czarnego 3**
NIP: **813-30-81-007**
Telefon: **(17) 857-88-34** Fax: **(17) 857-88-32**
E-mail: **poczta@orto-res.com.pl**

Nabywca: **Paśko Oliwia**
Adres: **35-304 Rzeszów, Sikorskiego 89**

Forma płatności: **przelew** Termin płatności: **2018-05-31** Bank: **Alior Bank** Konto: **13 2490 0005 0000 4530 4524 1521**

DOFINANSOWANIE PCPR, MOPS, PFRON, inne

Lp.	Nazwa	Kwota NFZ	Ilość	Jm	Cena brutto	Stawka VAT	Cena netto	Wartość brutto
1	Wózek inwalidzki specjalny	3 000,00	1	szt	11 000,00	8%	10 185,19	11 000,00

1. Kwota rzeczywista brutto: 11 000,00**2. Limit NFZ:****3. Kwota refundacji NFZ: 3 000,00****4. Dopłata pacjenta brutto: 8 000,00**

Netto	%	VAT	Brutto
10 185,19	8%	814,81	11 000,00
10 185,19	Razem	814,81	11 000,00

Razem do zapłaty: 11 000,00 PLNZapłacono NFZ: **0,00 PLN**
Pozostało do zapłaty NFZ: **3 000,00 PLN**Zapłacono klient: **0,00 PLN**
Pozostało do zapłaty klient: **8 000,00 PLN****Słownie:** jedenaście tysięcy złotych zero groszyimię, nazwisko i podpis osoby upoważnionej do
odebrania dokumentu

Wystawił(a): Ewa Sarat