

**FAKTURA**

**Nr: 44/08/2020**

SPRZEDAWCA
<b>CENTRUM BEATA WASICKA</b>
<b>Reformacka 22</b>
<b>80-808 Gdańsk</b>
<b>NIP 5811798767</b>

NABYWCA
<b>MAGDALENA RYŁKA</b>

Miejsce wystawienia: **GDAŃSK**

Data wystawienia: **31-08-2020**

Termin płatności: **31-08-2020**

Data zakończenia dostawy/usług: **31-08-2020**

Forma płatności: **Gotówka**

Lp.	Towar / Usługa	PKWiU	Jednostka	Ilość	Cena netto	VAT	Cena brutto	Wartość netto	Wartość brutto
1	TERAPIA ZABURZEŃ FUNK. WZROK.	86.90.13	godz.	2,00	100,00	ZW	100,00	200,00	200,00
2	TERAPIA WSPÓLNA	86.90.13	godz.	1,00	150,00	ZW	150,00	150,00	150,00
<b>Razem słownie: trzysta pięćdziesiąt i 0/100 PLN</b>							<b>Razem w PLN:</b>	<b>350,00</b>	<b>350,00</b>

--

WPLATA NA KONTO
<b>PKO BP</b>
<b>CENTRUM BEATA WASICKA</b>
<b>44 1020 1909 0000 3102 0217 9729</b>

SUMA WEDŁUG STAWEK VAT			
Netto	VAT	Kwota VAT	Brutto
350,00	ZW	0,00	350,00
<b>Razem:</b> 350,00		<b>0,00</b>	<b>350,00</b>

ZAPŁACONO	DO ZAPŁATY	WALUTA
<b>350,00</b>	<b>0,00</b>	<b>PLN</b>

Podstawa Prawna: Art. 43 Ustawy o VAT

fakturę wystawił

fakturę odebrał