ArvoTerveys

Maksusitoumus tutkimusta varten

Yrityksen nimi: (Tutkimuksen maksaja)	
Y-tunnus:	
Osoite:	
Puhelinnumero:	
Sähköpostiosoite:	

Verkkolaskuosoite:	
Verkkolaskuoperaattori:	
Operaattoritunnus:	
Laskutuksessa huomioitavaa:	

Palvelun käyttäjän nimi:	
Käyttäjän henkilötunnus:	
Palveluntuottaja, jota maksusitoumus koskee:	**ArvoTerveys Oy**
Mitä palvelua maksusitoumus koskee:	

Päivämäärä: ____.____.202___

_____

Yrityksen edustajan allekirjoitus

_____

Nimenselvennys

Varmistathan, että Yrityksen ja ArvoTerveyden sopimus on voimassa ennen maksusitoumuksen käyttöä. Epäselvissä asioissa, olethan yhteydessä myynti@arvoterveys.fi