



## **2. Wypełnia CENTRUM SPORTOWE BIDON:**

Data otrzymania zwrotu: .....

Numer paragonu: .....

Czy zwrot przyjęto?    TAK    NIE

Uwagi: .....

Data zwrotu należności: .....

Adresat:

**Centrum Sportowe "Bidon"**

**Beszterda Dariusz**

**ul.Sierakowskiego 41A**

64-000 Kościan

tel.0-509 229 484

fax 0-655 122 317

e-mali: [moto@bidoncs.pl](mailto:moto@bidoncs.pl)

e-mali: [bidon@bidon.koscian.pl](mailto:bidon@bidon.koscian.pl)