

FORMULARZ ZLECENIA TRANSPORTU

Dream Van Trans • Konary 102 • 05-660 Warka • tel. +48 531 333 323 • fax +48 48 667 64 64



DreamVan
TRANS

MIEJSCE ŁADUNKU

① Miejsce załadowania - pełny adres: kraj / miasto / ulica / kod pocztowy

② Miejsce załadowania - pełny adres: kraj / miasto / ulica / kod pocztowy

③ Miejsce załadowania - pełny adres: kraj / miasto / ulica / kod pocztowy

MIEJSCE ROZŁADUNKU

① Miejsce rozładowania - pełny adres: kraj / miasto / ulica / kod pocztowy

② Miejsce rozładowania - pełny adres: kraj / miasto / ulica / kod pocztowy

③ Miejsce rozładowania - pełny adres: kraj / miasto / ulica / kod pocztowy

INFORMACJE O TRANSPORCIE

Podaj walutę, w której płacisz za transport

euro EUR złotówki PLN

Liczba transportowanych samochodów

Dodatkowe informacje o załadunku (auto nietypowe, wersja samochodu dostawczego)

INFORMACJE KONTAKTOWE

Imię i Nazwisko*

E-mail*

Telefon kontaktowy*

*pola oznaczone gwiazdką są obowiązkowe. W przypadku nie wypełnienia pola, formularz nie będzie ważny.

WWW.DREAMVAN.PL • E-MAIL: INFO@DREAMVAN.PL