

ZAMÓWIENIE NR

System COMPACK



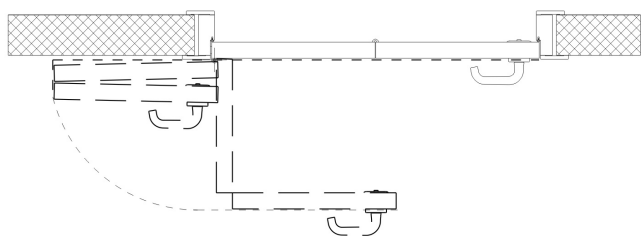
Numer / nazwa pomieszczenia _____

Data _____
Klient _____
Tel. _____
Fax _____
E-mail _____

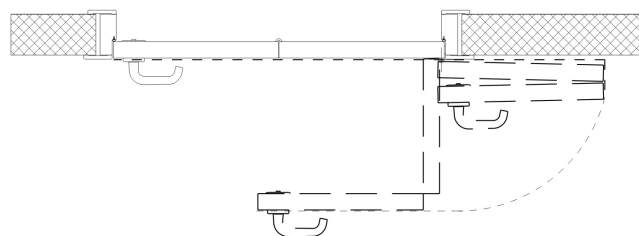


Kierunek drzwi

Lewe



Prawe



Światło przejścia LP (mm)

592

692

792

892

992



Podpis osoby zamawiającej