

Firma/adres/telefon/osoba odpowiedzialna: .....

data: .....

**skanowanie**.....  
podpis: .....

zamówienie nr .....

Lp.	Nazwa oryginału	rodzaj dostarczonego oryginału	rozmiar docelowy [(%), (cm×cm)/rozdzielczość] lub wielkość pliku w MB itp.	Tryb zapisu (CMYK, RGB, grayscale, linework)	Format zapisu (TIFF, EPS, Scitex_CT itp.)	uwagi	wypełnia operator	
							MB	dane do faktury
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Pozytyw, ul. Włoska 1, 00-777 Warszawa, tel./fax 851 02 18, 851 02 19, 851 45 84, 840 77 20

**Scitex EverSmart Pro**

Firma/adres/telefon/osoba odpowiedzialna: .....

data: .....

**skanowanie**.....  
podpis: .....

zamówienie nr .....

Lp.	Nazwa oryginału	rodzaj dostarczonego oryginału	rozmiar docelowy [(%), (cm×cm)/rozdzielczość] lub wielkość pliku w MB itp.	Tryb zapisu (CMYK, RGB, grayscale, linework)	Format zapisu (TIFF, EPS, Scitex_CT itp.)	uwagi	wypełnia operator	
							MB	dane do faktury
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Pozytyw, ul. Włoska 1, 00-777 Warszawa, tel./fax 851 02 18, 851 02 19, 851 45 84, 840 77 20

**Scitex EverSmart Pro**