



TRANSPORTBESTÄLLNING

KUND

NAMN

ADRESS

POST NR/ORT

EMAIL

MOMS NR.

TELEFON NR.

FAX NR.

INSTRUKTIONER

HÄMTADRESS:

KUND NR.

OBJEKT NR.

AUKTIONSDATUM

TELEFON NR.:

KONTAKT:

LEV. ADRESS:

VÄNLIGEN SKICKA MINA INKÖP VIA:

FLYG ☐

KURIR ☐

BIL ☐

ÖVRIGT ☐

SPECIELLA INSTRUKTIONER:

TRANSPORTFÖRSÄKRING:

NEJ ☐

JA ☐

VÄRDE: _____

VÄNLIGEN DEBITERA MITT:

VISA ☐

MASTER CARD ☐

KORT NR:

GILTIGHET:

SÄKERHETSKOD:

ORT:

DATUM:

UNDERSKRIFT:

NAMNFÖRTYDLIGANDE:

IFYLLD BESTÄLLNING FAXAS ELLER MAILAS TILL **ArtMove**

mail@artmove.se

Fax: +46 8 540 214 40

Telefon: +46 8 450 44 60