

REZERWACJA TERMINU PRZYJĘCIA

W KLUBOKAWIARNI „ANSE KABANSE” UL. SOWIŃSKIEGO 25 w WARSZAWIE

Imię i nazwisko (Zamawiający)

Rodzaj przyjęcia

Data przyjęcia

Godz. od do

Tel. Kontaktowy /e-mail.....

Pobrany zadek w wysokości: 200 zł*

*w przypadku rezygnacji zamawiającego zadek przepada

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

.....
Zamawiający

.....
Klubokawiarnia
Anse Kabanse