



5 мм

ЗАКАЗЧИК		ИСПОЛНИТЕЛЬ	
НАИМЕНОВАНИЕ ЗАКАЗА		МАТЕРИАЛ	
Пакет Фармсервис		БОПП <input type="checkbox"/>	ПЭВД <input checked="" type="checkbox"/>
		КАСТ <input type="checkbox"/>	белый <input type="checkbox"/>
			прозрачный <input checked="" type="checkbox"/>
		ламинация <input type="text"/>	
РАЗМЕР		ТИП ПЕЧАТИ	
233 x 300 мм		прямая <input checked="" type="checkbox"/>	
		обратная <input type="checkbox"/>	
КРАСКИ			
1	2	3	4
3551C	2597C		
5	6	7	8
Изготовление цветопробы: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
При отказе от цветопробы печать производится без предварительной оценки цветности печатного оттиска, согласно цветовым данным исходного макета.			
<p><b>ВНИМАНИЕ!</b> Перед подписанием макета <b>ВНИМАТЕЛЬНО</b> проверьте правильность <u>размеров и пропорций, расположение элементов дизайна, верность текстовой информации.</u>          После подписания макета все изменения за счет заказчика!  <b>Данный образец не является образцом цвета.</b>          Отображение цветов на мониторе или принтерной распечатке не является цветопробой и не соответствует действительности.</p>			
УТВЕРЖДЕНО		ДАТА	
_____		_____	
заказчик Ф.И.О		_____	
_____		_____	
должность		_____	

