………………………………………..

**Załącznik nr 4 do Umowy**

*(Wykonawca, któremu zleca się zlecenie)*

|  |
| --- |
| **ZLECENIE WYKONANIA USŁUGI****konserwacji i napraw / usunięcia awarii\*** |
| **Nr zlecenia:** | ……………………. | **Data zlecenia:** | ……………. |
| **Zamawiający:** |  **WOJSKOWE CENTRUM**  **KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  00-671 Warszawa 1, ul. Koszykowa 78  NIP: 1132555793 |
| **Miejsce realizacji:** |  |
| **Zakres prac:** |  |
| **Wartość usługi:**zgodnie ze złożoną ofertą | **Netto:** …………….. **zł** Słownie:…………………………………………………………**Brutto:** …………….. **zł**Słownie:………………………………………………………… |
| **Termin wykonania:** | Rozpoczęcie: ………….……..Zakończenie: ………………… |
| **Na wykonaną usługę Wykonawca udzieli gwarancji** |  |
| **Termin płatności:** | Należność po wykonaniu i odebraniu przedmiotu zlecenia zostanie uregulowana w terminie 30 dni od daty wpływu faktury do Zamawiającego |
| **Przedstawiam do zatwierdzenia****Wewnętrzny Dysponent Środków Budżetowych**(imię, nazwisko, podpis) | **Zatwierdził** (imię, nazwisko, podpis) |

*\* niepotrzebne skreślić*