………………………………………..

**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*