



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Wrocław dnia .2024r

ZAMÓWIENIE

Załącznik nr 7

Zamawiający	
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu ul. Koszarowa 51-149 Wrocław NIP:895-16-31-106, Regon: 00290469	
Wykonawca	
Zamawiający zleca Wykonawcy wykonanie <u>usługi</u> / <u>dostawy</u> / robót budowlanych * - według poniższej specyfikacji	
Zgodnie z załącznikiem	
Termin realizacji zamówienia	
..... dni roboczych od dnia podpisania zamówienia	
Wartość z uwzględnieniem wszystkich kosztów związanych z realizacją zamówienia (w tym kosztu transportu)	
Cena netto: zł	Cena brutto zł
Termin płatności	
30 dni od dnia otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury VAT	
Jednocześnie informuję, że do ww. zamówienia nie mają zastosowania przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych.	

* niepotrzebne skreśli

.....
(data i podpis Zamawiającego)

.....
(data i podpis Wykonawcy)