



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Wrocław dnia .2024r

ZAMÓWIENIE

| | |
|--|----------------|
| 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> / <u>robót budowlanych</u> * - 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)