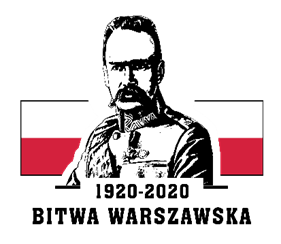
**

**Wrocław, dnia** .…… listopada **2020 r.**

*Zamawiający/Płatnik*

**4 Regionalna Baza Logistyczna**

**ul. Pretficza 28**

**50-984 Wrocław**

**Wykonawca:**

**NIP: 896-000-49-52**

**tel.:** ……………………….

**ZAMÓWIENIE NR ............/2020/ZAM**

Składam zamówienie do oferty złożonej w dniu ………...2020 roku.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu** | **Ilość** | **j.m.** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto [zł]** | **Stawka VAT%** | **Wartość brutto [zł]** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |

Uwagi do zamówienia:

\* W cenie uwzględniony jest koszt dostarczenia wskazanego asortymentu do zamawiającego.

Gwarancja:

Nazwisko i tel. zamawiającego: …………………………….. : tel………….;

Nazwisko i telefon osoby odpowiedzialnej za odbiór zamówienia: tel………….;

Miejsce wykonania zamówienia: dostawa do **Ambulatorium** **4 Regionalnej Bazy Logistycznej**, przy **ul. Pretficza 28, 50-984 Wrocław**;

Termin realizacji zamówienia: po otrzymaniu Zamówienia od Zleceniodawcy i najpóźniej do dnia **30.11.2020 r.;**

##### Warunki płatności: przelew, do 30 dni - od dnia otrzymania papierowego oryginału faktury wystawionej do spełnionego świadczenia;

Inne ustalenia:

O planowanym terminie dostawy proszę poinformować telefonicznie (tel.: ……………………..) lub mailowo (…………………) na **3 dni robocze** przed realizacją dostawy.

**Komendant**

**4 Regionalnej Bazy Logistycznej**

*Składający zamówienie (pieczątka i podpis)*

*Wyk.:……………………… (tel.: 261 … …)*

*...............2020 r.*

***T:***