**Załącznik nr 2**

……………………**, dnia** …..…….

*Zamawiający/Płatnik*

**4 Regionalna Baza Logistyczna**

**Wykonawca:**

**ul. Pretficza 28**

**50-984 Wrocław**

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

**tel. 261 ………………..**

### **ZAMÓWIENIE NR .............................**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****zł****(netto)** | **Wartość****zł****(brutto)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |

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

Nazwisko i telefon osoby odpowiedzialnej za odbiór zamówienia: …………

Miejsce wykonania zamówienia: **MSS Polska Nowa Wieś ul. Lipcowa 1, 46-070 Komprachcice woj. Opolskie**

Termin realizacji zamówienia: **do 30 dni od złożenia zamówienia**

##### Warunki płatności: przelew w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury. *(Nie mniej niż 14 dni)*

Inne ustalenia:……………………………………….………………………….………

**Uwagi:** ………………………………………….………………………….…………………

*…………………..........................................*

*Składający zamówienie (pieczątka i podpis)*