|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Warszawa, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES DOSTAWY/ WYKONAWSTWA\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………… do(bezpośredni użytkownik) ………………………………………………...………………………………………………………………….. nr tel. …………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |
| **ZAMÓWIENIE/ZLECENIE\*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NR……………………………………………………** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dotyczy Umowy / Wniosku \*nr ………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| ZAMAWIAJĄCY/ZLECAJĄCY\* | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
| **Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie** | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| ul. Wawelska 15B | | | | | | | | | | | |  | | |  |  |
| 02-034 Warszawa | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
| NIP 525-000-80-57 | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  |  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |
| DOSTAWCA/WYKONAWCA\* | | | | | | | | | |  | |  | | |  |  |
| …………………………………………………………………………………………... | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP …………………………………… | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |
| **L.p.** | **Nazwa artykułu/**  **usługi\*** | | | | **j.m.** | | **Ilość** | | **Cena jednostkowa netto** | | **Wartość netto** | | | **Wartość brutto** | | **Numer katalogowy \*\*\*** |
|  |  | | | |  | | 0 | |  | | 0,00 | | | 0,00 | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| **Łączna wartość** | | | | | | | | | | | 0,00 | | | 0,00 | |  |
| Zakup finansowany ze środków……………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WARUNKI REALIZACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Termin realizacji……………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2. Każda zmiana warunków dostawy i płatności określonych w zamówieniu wymaga zgody Zamawiającego. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Na fakturze prosimy podać nasz nr zamówienia / zlecenia\*. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. PŁATNOŚĆ - przelew/gotówka ………..dni od daty dostarczenia faktury VAT. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Do wszystkich faktur wystawionych przez Państwa Firmę na rzecz Instytutu wymagane jest dołączenie raportu serwisowego zawierającego nazwę aparatu, numer fabryczny, opis usterki (awarii), zużyte do naprawy części zamienne, pieczątkę użytkownika i podpis Kierownika komórki organizacyjnej lub osoby przez niego upoważnionej \*\* | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |
| Sporządził/ła\*:………………………………………… nr tel. …………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |  |

Załącznik

do Regulamin udzielania zamówień publicznych o wartości szacunkowej nie przekraczającej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30.000 euro

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy Działu Gospodarki Aparaturowej

\*\*\* jeżeli jest wymagany