|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY:** | DATA ZAMÓWIENIA: |  |
| Wrocławskie Centrum Badań EIT+ Sp. z o.o.  ul. Stabłowicka 147, 54-066 Wrocław  **NIP:** 894-293-00-22 | NR ZAMÓWIENIA: |  |

|  |
| --- |
| **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA wraz z kosztami dostawy** lub **dodatkowo inne koszty** *(jeżeli łączne wynagrodzenie składa się z kilku składowych, należy każdy element cenowy określić samodzielnie):* | | | |
|  | | | |
| **ADRES DOSTAWY:** |  | **TERMIN REALIZACJI:** |  |
| **GWARANCJA/ SERWIS**  **INSTRUKTAŻ:** |  | | |
| **PRZEWIDYWANE KARY UMOWNE:** |  | | |
| **PODSTAWA I TERMIN PŁATNOŚCI:** | Na podstawie protokołu odbioru bez uwag oraz       dni od momentu złożenia faktury do siedziby Zamawiającego. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** *(zgodnie z reprezentacją lub udzielonym pełnomocnictwem)* | | | |
| Stanowisko | Imię i nazwisko | Data | Podpis |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZAMÓWIENIA PRZEZ WYKONAWCĘ** *(zgodnie z reprezentacją lub udzielonym pełnomocnictwem)* | | | |
| **WYKONAWCA**  *(nazwa, adres, tel., fax, e-mail)* |  | | |
| Stanowisko | Imię i nazwisko | Data | Podpis |
|  |  |  |  |