

.....
(Wykonawca, któremu zleca się zlecenie)

ZLECENIE WYKONANIA USŁUGI konserwacji i napraw / usunięcia awarii*			
Nr zlecenia:	Data zlecenia:
Zamawiający:	WOJSKOWE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej 00-671 Warszawa 1, ul. Koszykowa 78 NIP: 1132555793		
Miejsce realizacji:			
Zakres prac:			
Wartość usługi: zgodnie ze złożoną ofertą	Netto: zł Słownie:..... Brutto: zł Słownie:.....		
Termin wykonania:	Rozpoczęcie: Zakończenie:		
Na wykonaną usługę Wykonawca udzieli gwarancji			
Termin płatności:	Należność po wykonaniu i odebraniu przedmiotu zlecenia zostanie uregulowana w terminie 30 dni od daty wpływu faktury do Zamawiającego		
Przedstawiam do zatwierdzenia Wewnętrzny Dysponent Środków Budżetowych (imię, nazwisko, podpis)		Zatwierdził (imię, nazwisko, podpis)	

* niepotrzebne skreślić