

Miejsce i data wystawienia:  
Żywiec, 27.09.2024  
Data sprzedaży: 27.09.2024

## FAKTURA VAT

FVT/01485/24

KOPIA

Nabywca: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego  
Uniwersytetu Medycznego  
Adres: 02097 Warszawa  
Banacha 1a  
NIP: 5220002529

Sprzedawca: FAMED ŻYWIEC Sp. z o.o.  
Adres: ul. Fabryczna 1 34-300 Żywiec  
NIP: 5272685925  
Telefon: (0 33) 866-6314 Fax: (0 33) 861-3079  
Nr BDO: 000005595

Forma płatności: 60 dni przelew  
Termin płatności: 26.11.2024

Odbiorca: Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa  
Brudzińskiego w Warszawie  
Adres: 02091 Warszawa  
Żwirki i Wigury 63 A, Polska

Lp	Nazwa PKWU	Symbol	Ilość	Jm	Cena netto Zł	Wartość netto Zł	Stawka VAT	Kwota VAT Zł	Wartość brutto Zł
1	Łóżko elektryczne o podwyższonym standardzie z szafką i materacem 32.50-30.50	NEXO	100	SZT	12 947,50	1 294 750,00	8 %	103 580,00	1 398 330,00

Netto	%	VAT	Brutto
1 294 750,00	8 %	103 580,00	1 398 330,00
1 294 750,00	Razem	103 580,00	1 398 330,00

Do zapłaty: 1 398 330,00 zł

Słownie: jeden milion trzysta dziewięćdziesiąt osiem tysięcy trzysta trzydzieści zł 00 gr

Forma płatności: 60 dni przelew

Numer klienta: 07477

UMOWA Nr DZPUCK.262.133.640.2024

pn.: „Wzmocnienie infrastruktury do realizacji świadczeń pediatrycznych  
w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”

Płatne przelewem w terminie do dnia: 26.11.2024

Na jedno z poniższych kont:

ING BANK SLASKI SA: 67 1050 1070 1000 0090 3076 0889

Prosimy o wpisanie na przelewie numeru kodu klienta: 07477

Stawka 8% - zgodnie z załącznikiem Nr 3 do Ustawy o podatku od towarów i usług z dnia 11.03.2004 poz.105

Wpis do rejestru przedsiębiorców: Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

numer KRS: 0000437709 Wysokość kapitału zakładowego: 30 700 750 zł

SPRZEDAJĄCY zastrzega sobie prawo własności towaru do chwili zapłaty należności, a po upływie terminu zapłaty prawo do odbioru towaru i wynagrodzenie za zużycie, uszkodzenie lub utratę jego wartości oraz zastrzega prawo do roszczenia wg własnego wyboru (zwrot lub zapł.)

POTWIERDZAM ODBIÓR

.....  
Imię i nazwisko, podpis osoby  
upoważnionej do odbioru f-ry VAT

*szudy*  
ZOFIA CZARNOTA-SERMAK

.....  
Imię i nazwisko, podpis osoby  
upoważnionej do wystawienia f-ry VAT