

.....
 (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