

ZAMÓWIENIE

Zamawiający

Nazwa:
Ulica, nr:
Miejscowość, kod:
Telefony, fax, e-mail:
NIP:

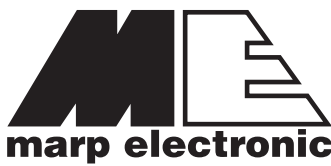
Miejsce złożenia

Data (dd-mm-rr)

Płatnik (dane do faktury VAT)

Nazwa:
Ulica, nr:
Miejscowość, kod:
Telefony, fax, e-mail:
NIP:

Wykonawca / sprzedający



Zakład Elektroniki Medycznej MARP Electronic Sp. z o.o.

ul. Pachońskiego 9 31-223 Kraków
tel.: +48 (12) 415 87 29, fax: +48 (12) 415 86 80
NIP: 677-10-08-391
Konto: BPH-PBK O/Kraków nr: 30 1060 0076 0000 3200 0047 1294

Przedmiot zamówienia

L.p.	Nazwa / symbol	Cena jednostkowa	Ilość	Wartość
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Zadatek w kwocie

Wartość zamówienia

Zamawiający

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Pieczęć firmowa i podpis