

# 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: ..... Telefony, fax, e-mail: .....  
Miejscowość, kod: ..... 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