

Wrocław,2025

Zamówienie /Zlecenie dostawy
załącznik nr 4

Zamawiający: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław NIP: 895-16-31-106, REGON: 00290469

Wykonawca:
.....
NIP:
REGON:
Tel. Kontaktowy
E-mail
Nr konta bankowego:
Osoba do kontaktu po stronie wykonawcy:

Zamawiający zleca Wykonawcy realizację dostawy skanerów biurowych III zgodnie z poniższą specyfikacją: * (proszę uzupełnić)

Nazwa producenta i symbol oferowanego produktu	Ilość	netto		brutto	
		cena szt.	cena koniec	cena szt.	cena koniec
Skaner biurowy A4	4				
Skaner biurowy A3	3				
Skaner mobilny	1				

Razem wartość netto: PLN (słownie:)
Obowiązujący podatek VAT (%): (słownie:)
Razem wartość brutto: PLN (słownie:)
Termin realizacji zamówienia: 30 dni roboczych od złożonego zamówienia.
Warunki dostawy: Dostawa na adres Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, do wskazanych przez Zamawiającego lokalizacji na terenie szpitala. Transport na koszt Wykonawcy.
Gwarancja na dostarczone akcesoria: Skaner biurowy A4 Skaner biurowy A3 Skaner mobilny
Termin płatności: 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo sporządzonej faktury VAT.
Jednocześnie informuję, że do ww. zamówienia nie mają zastosowania przepisy ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

(data i podpis Zamawiającego)

(data i podpis Wykonawcy)