

**Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w  
Warszawie**

**Dział Zaopatrzenia Medycznego**

Adres: 02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137. Tel./fax:

22 601-35-45

REGON: 014825340 NIP: 521-292-

55-96

**Data Wystawienia**

.....

## Zamówienie CSK-DZM/2310/..../....

Dostawca:

Adres:

Nip:

Telefon:

Osoba do

kontaktu:

Telefon:

e-mail:

Uwagi:

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie przy ul. Wołoskiej 137 uprzejmie prosi o sprzedanie.

Lp	Nazwa towaru	ilość jedn.	Cena netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
	Umowa .../FS/... ZADANIE ..., ob. od .....do ....., term. dost. ... dni, term. płat. 60 dni:					
1.		szt.		0,00	8%	0
2.		szt.		0,00	8%	0
3.		szt.		0,00	8%	0
4.		szt.		0,00	8%	0
			<b>RAZEM</b>	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>

**Razem**

**brutto: 0,00**

Uprzejmie prosimy przy wystawianiu faktury powołać się na nasz nr zamówienia.

Wjazd do Magazynu od ul. Miłobędzkiej. Blok A.

Akceptuję

Zatwierdzam

.....  
Podpis i pieczęć Kierownika

.....  
Podpis i pieczęć Dyrektora