**Załącznik nr 6**

Celestynów, dn. ……………….2024 r.

WOJSKOWY OŚRODEK FARMACJI

I TECHNIKI MEDYCZNEJ

ul. Wojska Polskiego 57

05-430 Celestynów

(nazwa firmy)……………..

(adres)…………………….

…………………………….

fax. ………………………..

tel.………………………….

ZAMÓWIENIE OPCJONALNE nr……./…………….

ZAMAWIAJĄCY: PŁATNIK - ODBIORCA

Wojskowy Ośrodek Farmacji Wojskowy Ośrodek Farmacji

i Techniki Medycznej i Techniki Medycznej

05-430 Celestynów 05-430 Celestynów

ul. Wojska Polskiego ul. Wojska Polskiego

NIP 532-001-50-17 NIP 532-001-50-17

Bank: NBP O/O WARSZAWA

Konto: 02 1010 1010 0020 3322 3000 0000

Termin dostawy : Termin zapłaty:

Transport: dostawcy. Sposób zapłaty:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | poz. planu | Opis przedmiotu zamówienia | Nazwa handlowa | Nazwa producenta | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto zł. | Stawka  podatku  VAT | Cena jednostkowa brutto zł. | Wartość brutto zł | Uwagi |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | | | | | **0,00** |  |

Zamówienie do umowy nr ………/2024 z dnia ………..2024 r.- zapytanie ofertowe nr …/2024

Źródło finansowania:………………………………….

Podpis osoby zatwierdzającej

Podpis i pieczęć Głównego Księgowego Podpis i pieczęć osoby Zamawiającej

INFORMACJE DODATKOWE:

TEL 261-894-184 (w godz. 7.00 - 14.30), FAX 261 894 091