

## ZAMÓWIENIE

PŁATNIK (dane do faktury VAT)		MIEJSCE DOSTAWY	
Nazwa:		Nazwa:	
ul.		ul.	
Kod pocztowy i Miejsowość:		Kod pocztowy i Miejsowość:	
NIP:		Tel.:	
Osoba Kontaktowa:		Tel.kom.:	
Tel.:			
Tel.kom.:		<b>Uwagi:</b>	
Fax:			
E-mail:			

### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

LP	ID OFERTY	NAZWA PRODUKTU	CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO	ILOŚĆ	ŁĄCZNA CENA BRUTTO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
		KOSZT TRANSPORTU		1	
<b>RAZEM:</b>					

- Zamawiający zobowiązuje się dokonać pełnej płatności za zamówiony towar w terminie określonym na fakturze.
- Zamawiający zobowiązuje się zapłacić firmie "ADVERTI" karę umowną w wysokości 0,5% brutto za każdy dzień przekroczenia terminu płatności określonego na fakturze VAT.
- W momencie odbierania sprzętu od kuriera prosimy uważnie sprawdzić czy nie został on uszkodzony w trakcie transportu, a jeśli tak się stało prosimy o spisanie odpowiedniego protokołu z kurierem

.....  
Pieczęć firmowa i czytelny podpis

#### "ADVERTI" Marek Szwanowski

al. 1-go Maja 87, 90-755 Łódź

NIP: 727-243-86-07 · REGON: 100087110 · BRE BANK S.A. BRE WBE/Łódź 43 1140 2004 0000 3102 3978 0242

tel.+48 42 633 81 61 · +48 42 633 81 62 · +48 42 633 81 63 · tel.kom.+48 512 35 20 28

www.sprzet-medyczny.pl · e-mail: medyczny@adverti.pl