

UNIwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Adres:
Fredry 10
61-701 Poznań

tel: (061)854 60 00

ZAMÓWIENIE MATERIAŁÓW EKSPLOATACYJNYCH NR...../..... z dnia.....
wystawione na podstawie umowy DZP/.....*

Jednostka zamawiająca - Odbiorca

Zamówienie dotyczy:

- tonerów do drukarek laserowych
- tuszy do drukarek atramentowych
- nośników danych (dyskietki, płyty)

Przedmiot zamówienia:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Zamówienie płatne ze środków:

Pieczęć i podpis kierownika jednostki lub
osoby uprawnionej

Pieczęć i podpis Kwestora UM*

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej
przez Kanclerza UM*

*uzupełnia Dział Aparatury

Inne:

.....
.....
.....

POTWIERDZENIE ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Potwierdzam odbiór przedmiotu zamówienia:
Imię i nazwisko osoby odbierającej zamówienie (czytelnie)

Pieczęć i podpis dostawcy

Pieczęć i podpis odbiorcy