

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(producent i model, nr inwentarzowy urządzenia, symbol tonera) :

1.
2.
3.
4.
5.
6.

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