|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZAMAWIAJĄCYCRIMAT Sp. z o.o.Tomaszowice-Kolonia 2421-008 Tomaszowice | Data złożenia zamówienia  | Data otrzymania zamówienia  |

**ZAMÓWIENIE NR ……./[rok]**

W związku z zawartą umową ……………………. z dnia ……………, proszę o realizację przedmiotowego zamówienia na materiały wymienione w poniższej tabeli.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** |
| **1.** | Pakiet kryminalistyczny zestaw do pobierania materiału genetycznego (wymazów) z jamy ustnej dla celów bazy genetycznej – GA01 z kartą FTA. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIKCRIMAT Sp. z o.o.Tomaszowice-Kolonia 2421-008 TomaszowiceNIP 7133090690 |

|  |
| --- |
| ODBIORCA*Magazyn CRIMAT Sp. z o.o.**Lub* *Magazyn Odbiorcy Końcowego [dokładny adres]**Osoba do kontaktu / numer kontaktowy* |

|  |
| --- |
| Wymagane warunki realizacji zgodne z zawartą umową ramową: |
| Termin ważności\_\_\_\_ miesięcy | Termin realizacji\_\_\_\_ dni | Termin płatności\_\_\_\_ dni |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis Zamawiającego | Podpis Wykonawcy | Data przyjęcia do realizacji |

UWAGA

* Data ważności pakietu umieszczona na opakowaniu zewnętrznym nie może być dłuższa niż data ważności wymazówek i rękawiczek.