|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZAMAWIAJĄCY  CRIMAT Sp. z o.o.  Tomaszowice-Kolonia 24  21-008 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. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| PŁATNIK  CRIMAT Sp. z o.o.  Tomaszowice-Kolonia 24  21-008 Tomaszowice  NIP 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.