FORMULARZ ZAMÓWIENIA

# ZAMAWIAJĄCY:

* 1. **Dane płatnika:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Pełny adres |  |
| NIP |  |

* 1. **Adres dostawy (prosimy uzupełnić jeśli jest inny niż dane płatnika powyżej):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Pełny adres |  |
| Nr telefonu |  |

* 1. **Osoba uprawniona do kontaktów**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr telefonu i e-mail |  |

# WYKONAWCA:

Delta Optical spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.

Nowe Osiny, ul. Piękna 1, 05-300 Mińsk Mazowiecki

Kontakt: info@deltaoptical.pl, fax: 25-759-29-95, T. 25-786-05-20, dział mikroskopii T. 25-786-05-24 NIP: 822-20-47-012

# PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Artykuł / produkt | Numer katalogowy | Cena jednostkowa brutto | Ilość | Wartość brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Termin płatności przelewowej 14 dni | **RAZEM:** |  |

* 1. **Uwagi:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………. miejscowość i data

………………………. podpis i pieczęć