

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Zamawiający:</b>             |
|                                 |
| <b>Warunki płatności:</b>       |
| przedpłata*/pobranie*/przelew** |
| <b>NIP zamawiającego:</b>       |
|                                 |

|                         |
|-------------------------|
| <b>Miejsce dostawy:</b> |
|                         |
| <b>Data zamówienia:</b> |
|                         |
| <b>Nr zamówienia:</b>   |
|                         |

|   |
|---|
| <b>Dostawca:</b>  |
| <b>MedBon s.c. – Sklep Medyczny</b><br><b>ul. M. Grześkowiaka 28/2</b><br><b>62-035 Kórnik</b><br><b>NIP: 7773325363</b><br><b>tel. 883 113 112</b><br><b>fax. 61 648 26 10</b><br><b>www.medbon.pl</b> |
| <b>Osoba kontaktowa ze strony zamawiającego:</b>  |
|   |
| <b>Nr telefonu i adres mailowy:</b>   |
|   |

| Lp.           | Nazwa towaru | J.m. | Ilość | Cena netto | Wartość netto |
|---------------|--------------|------|-------|------------|---------------|
|               |              |      |       |            |               |
| <b>Uwagi:</b> |              |      |       |            |               |
|               |              |      |       |            |               |

|   |
|---|
| <b>Pieczęć i podpis osoby upoważnionej:</b> |
|   |

\*niepotrzebne skreślić

\*\*przelew z odroczonym terminem płatności (po wcześniejszym ustaleniu)