

Data zamówienia:

**Numer zamówienia / protokołu:**

**PROSIMY O ELEKTRONICZNE WYPEŁNIENIE DOKUMENTU**

UMOWA NR:	
<b>KUPUJĄCY</b>	<b>DOSTAWCA</b>
<b>Nazwa szpitala:</b>  <b>Ulica i numer:</b>  <b>Kod pocztowy i miasto:</b>  <b>NIP:</b>  <b>Tel.:</b>  <b>Miejsce dostawy:</b>	HAMMERmed Medical Polska Sp. z o.o. S.K.A. ul. Kopcińskiego 69/71 90-032 Łódź  <b>NIP:</b> 728-280-08-37  <b>Tel.:</b> 42 639 10 10 <b>Fax:</b> 42 639 10 20  <b>E-mail:</b> <b>zamowienia@hammer.pl</b>
UWAGI:	

Lp.	Nazwa towaru	REF	Ilość jedn.	Cena netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

.....  
 Czytelny podpis osoby  
 uprawnionej do złożenia zamówienia

.....  
 Pieczętka szpitala

6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							

.....  
Czytelny podpis osoby  
uprawnionej do złożenia zamówienia

.....  
Pieczęć szpitala