

Nr sprawy: 75/DKSR/DCZP/2014/I

ZAMAWIAJĄCY:
**„Dolnośląskie Centrum Zdrowia
 Psychicznego” sp. z o. o.**
 Wybrzeże J. Conrada-Korzeniowskiego 18
 50-226 Wrocław
 NIP: 895 196 51 26

NAZWA, ADRES, NIP WYKONAWCY:

ZLECENIE

z dnia:

Nr umowy:

WARUNKI PŁATNOŚCI	PŁATNIK (KONTO W BANKU)
<i>przelew</i>	

Lp.	Rodzaj usługi serwisowej	Nazwa serwisowanego sprzętu	J.M.	Ilość	Cena
1.					
2.					
3.					
				Razem	

.....
 podpis i pieczęć Kierownika Działu OLiZP