|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko:..………………………….………..  …………………….............................................  Jednostka (nazwa , dokładny adres i telefon, osoba do kontaktu): ……………………………………………………………………………………………………………………………… |  | Wrocław dnia……….…………….**Dział Zakupów** Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  50-367 Wrocław, Marcinkowskiego 2-6  tel. 71 784-19-90, 71 784-11-97, fax: 71 784-00-25 |

**WNIOSEK**

**O ZAKUP AKCESORIÓW KOMPUTEROWYCH**

**(proszę o dołączenie oferty cenowej na podstawie której oszacowano wartość zamówienia)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa Materiału | | | **Nr inwentarzowy** **typ urządzenia** | **Ilość** | **Wartość brutto** |
| 1 |  | | |  |  |  |
| 2 |  | | |  |  |  |
| 3 |  | | |  |  |  |
| 4 |  | | |  |  |  |
| Płatne ze środków: ……………………………….……… | |  | Kwota razem PLN …………………………… | | | |
|  | | | | | | |
| Blokada środków: | |  | Podpis i pieczątka dysponenta środków: | | | |
|  | |  | Podpis i pieczątka kierownika jednostki: | | | |