|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko:..………………………….………..…………………….............................................Jednostka (nazwa , dokładny adres i telefon, osoba do kontaktu): ……………………………………………………………………………………………………………………………… |  | Wrocław dnia……….…………….**Dział Zakupów**Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu50-367 Wrocław, Marcinkowskiego 2-6tel. 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: |