|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, fax: 71 784-00-25 |

## WNIOSEK

## O ZAKUP OPROGRAMOWANIA do 10 000 zł brutto

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa programu** | | **nr inw lub nr seryjny komputera** | | **Ilość** | **Wartość brutto** |
| 1 |  | |  | |  |  |
| 2 |  | |  | |  |  |
| 3 |  | |  | |  |  |
| **Adres e-mail do przekazania licencji–** [**imie.nazwisko@umw.edu.pl**](mailto:imie.nazwisko@umw.edu.pl)  ………………………………………………………………………….….....@umw.edu.pl | | | | | | |
| Płatne ze środków:  …………………………………………………………………………………… | |  | | kwota razem:……………………........ | | |
|  | | | | | | |
| Blokada środków: | |  | | Podpis i pieczątka dysponenta środków: | | |
|  | |  | | Podpis i pieczątka kierownika jednostki: | | |