|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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, 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**………………………………………………………………………….….....@umw.edu.pl |
| Płatne ze środków:…………………………………………………………………………………… |  |   kwota razem:……………………........ |
|  |
| Blokada środków: |  | Podpis i pieczątka dysponenta środków:  |
|  |  | Podpis i pieczątka kierownika jednostki: |