



Fundusze Europejskie
na Migracje, Granice
i Bezpieczeństwo



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Wzmocnienie kompetencji i kwalifikacji Straży Granicznej w obszarze powrotów” nr FAMI.03.01-IZ.00-0003/24

Załącznik nr 4

**OŚRODEK SZKOLEŃ SPECJALISTYCZNYCH
STRAŻY GRANICZNEJ W LUBANIU**
ul. WOJSKA POLSKIEGO 2, 59-800 LUBAŃ
e-mail: wtiz.osszg@strazgraniczna.pl

Adresat

.....
.....

Płatnik – dane do faktury:

Ośrodek Szkoleń Specjalistycznych Straży Granicznej w Lubaniu
ul. Wojska Polskiego 2, 59-800 Lubań
NIP: 613-155-55-17 / REGON: 02-11-023-13

ZAMÓWIENIE*/ZLECENIE* NR/...../2024

z dnia 2024 r.

Ośrodek Szkoleń Specjalistycznych Straży Granicznej w Lubaniu zamawia *dostawę*/usługę**:

Blok nr 1

L.p.	Nazwa przedmiotu	Ilość	Cena jednostkowa brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	Etykiety samoprzylepne A4	5 op.		
2	Karteczki samoprzylepne kolorowe	10 op.		
3	Koszulki a4 / na dokumenty	100 szt.		
4	Zszywacze 23/8	10 op.		
RAZEM				

Blok nr 2

L.p.	Nazwa przedmiotu	Ilość	Cena jednostkowa brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	Gra edukacyjna – „Gra pozorów”	1 szt.		
RAZEM				

Blok nr 3

L.p.	Nazwa przedmiotu	Ilość	Cena jednostkowa brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	Zestaw „Karty potrzeb”- Autor Aleksandra Mroczo	1 zestaw		
RAZEM				

Blok nr 4

L.p.	Nazwa przedmiotu	Ilość [szt.]	Cena jednostkowa brutto [zł]	Wartość brutto [zł]
1	Duża torba skórzana czarna na ramię z oddzielną przegrodą na laptopa (15-17 cala)	1 szt.		
RAZEM				

zgodnie z formularzem ofertowym*rozeznaniem rynku* z dnia 2024 r.

1. Zamawiający upoważnia dostawcę do wystawienia faktury VAT bez swojego podpisu.
2. Termin płatności faktury: dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury*/rachunku*.
3. Łączna wartość zamówienia wynosi: **zł brutto**.
4. Odbiór: transport odbiorcy*/dostawcy - koszt przesyłki: zł brutto* – w cenie dostawy*.
5. Sposób dostawy*/realizacji usługi*, termin: **dostawa do Zamawiającego, pn-pt w godz. 8:00-14:00*/ realizacja usługi zgodnie ze zleceniem***.
6. Termin realizacji zamówienia*/zlecenia* ustala się do dnia: **2024 r.**
7. Gwarancja:
8. Osoby do kontaktu:, tel., e-mail:
9. Uwagi:

10. Numer konta bankowego wykonawcy właściwy do płatności za realizację przedmiotu umowy/zlecenia/zamówienia:

.....
*niewłaściwe skreślić

Przyjęto do realizacji w dniu:

.....
(pieczęć, podpis Kierownika ST WTiz)

.....
(pieczęć, podpis Wykonawcy)

.....
(pieczęć, podpis osoby upoważnionej do złożenia
zamówienia/zlecenia)

Wyk. w 2 egz.:

Egz. Nr 1 – adresat;

Egz. Nr 2 – a/a - ST WTiZ – rejestr Nr str. poz.

Wyk.....

tel. 75/ 725 4.....

dnia 2024 r.