*Zamawiający/Adres wysyłkowy/Odbiorca*

**OŚRODEK SZKOLEŃ SPECJALISTYCZNYCH**

**STRAŻY GRANICZNEJ W LUBANIU**

**ul. WOJSKA POLSKIEGO 2, 59-800 LUBAŃ**

**e-mail:** [**wtiz.osssg@strazgraniczna.pl**](mailto:wtiz.osssg@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*\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jednostkowa brutto*** | ***Wartość brutto*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | | | **……………. zł** |

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

.................................................................................................................................................................

(w przypadku czynnych podatników VAT - rachunek bankowy znajdujący się na tzw. "białej liście podatników VAT")

1. Łączna wartość zamówienia wynosi: **…………………………… zł** **brutto**.
2. Odbiór: transport odbiorcy\*/dostawcy - koszt przesyłki: …………. zł brutto\* – w cenie dostawy\*.
3. Sposób dostawy\*/realizacji usługi\*, termin: **dostawa do Zamawiającego, pn-pt w godz.   
   8:00-14:00\*/ realizacja usługi zgodnie ze zleceniem\*.**
4. Termin realizacji zamówienia\*/zlecenia\*ustala się do dnia: **…………………..……………. 2024 r.**
5. Gwarancja: ………………………………………………………….….
6. Osoby do kontaktu: …………………………………….…….….………..………, tel. ………..…………….,   
   email:……………………………………………………………………………………………………………………………….
7. Uwagi: …………………………………………………………….………………………………………………….…………….

**\*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

Wyk. …………………….,

tel. 75/ 725 4…………..,

dnia ……………...2024 r.