Załącznik nr 2

*Zamawiający/Adres wysyłkowy/Odbiorca*

**OŚRODEK SZKOLEŃ SPECJALISTYCZNYCH**

**STRAŻY GRANICZNEJ W LUBANIU ul. WOJSKA POLSKIEGO 2, 59-800 LUBAŃ e-mail: 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 ……../……./2025

**z dnia ………………..………………… 2025 r.**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot zamówienia*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jednostkowa brutto*** | ***Wartość brutto*** |
| 1 | Ubezpieczenie dodatkowe AC pojazdu:  Ford Transit nr rej. HWA C476; VIN:  WF0FXXTTRFMP63447 | - | 1 |  |  |
| 2 | Ubezpieczenie dodatkowe AC pojazdu:  Ford Transit nr rej. HWA C477; VIN:  WF0FXXTTRFMP63403 | - | 1 |  |  |
|  | **RAZEM :** | | | | **……………. zł** |

zgodnie z formularzem ofertowym\*rozeznaniem rynku\* z dnia ………………………………… 2025 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: **…………………..……………. 2025 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: …………………………………………………………………………………………………..

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

**\*niewłaściwe skreślić** ………………………………………….………………………………………..…………. (pieczęć, podpis Kierownika ST WTiZ)

……………………………………………

……………………………………..

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