



| | | |
|---|-----------------------------|---|
|  SZPITAL Centrum Medyczne | Formularz zamówienia | Wydanie:3 Obowiązuje od 6-10-2021 |
| | | Strona 1 z 1 |
| F-ZM-2-1 | | |

| +Szpital Wojewódzki w Poznaniu adres: ul. Juraszów 7-19, 60-479 Poznań NIP: 781-16-18-944 | | | | Nr DZA * 2401 Nr umowy * 1215/2024 | |
|--|--------------------------------|------|-------|---|----------------|
| Komórka organizacyjna PORODÓWKA I POŁOŻNICTWO 02.10.2024 | | | | DATA WPŁYWU DO DZA 03.10.2024 | |
| Wykonawca:* | | | | | |
| Lp | Nazwa artykułu** | Jm. | Ilość | Kwota netto* | Kwota brutto * |
| 1 | F-SZ.3-14 WYD. 2/02.07.2024 | SZT. | 300 | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Komórka zamawiająca:** | | Komórka realizująca zakup: | |
| Z-CIA POŁOŻNEJ ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO Z PODODDZIAŁEM GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I PODODDZIAŁEM ENDOKRYNOLOGII GINEKOLOGICZNEJ  mgr [podpis] Jeślak | | Kierownik / Pracownik Działu Zaopatrzenia  (podpis) | |
| Komórka odpowiedzialna merytorycznie: | | Komórka zatwierdzająca: | |
| Zastępca Dyrektora danego pionu (podpis) | | Dyrektor lub osoba upoważniona (podpis) | |

*- wypełnia DZA

** - wypełnia komórka zamawiająca