



# ZAMÓWIENIE DOSTAWY

Zamówienie dostawy nr: \_\_\_\_\_  
Numer referencyjny wysyłki : \_\_\_\_\_

**DOSTAWCA:**

Nazwa:  
Adres:  
Miejscowość:  
Kod pocztowy:  
Państwo:  
Numer telefonu:  
Tel. Kom.:  
Fax:  
Osoba do kontaktu:  
e-mail:

**ODBIORCA:**

Nazwa:  
Adres:  
Miejscowość:  
Kod pocztowy:  
Państwo:  
Numer telefonu:  
Tel. Kom.:  
Fax:  
Osoba do kontaktu:  
e-mail:

Lubelski Oddział Okręgowy Polskiego  
Czerwonego Krzyża  
Puchacza 6  
Lublin  
20-323  
Polska

Ilość	Rodzaj jednostki	Opis	Numer partii	Cena jednostki	Suma

SubTotal PLN

Termin płatności:  
INCOTERMS 2010:

\_\_\_\_\_

DAP Lublin

TOTAL 0,00  
Currency : PLN

**Kontakt:**

Nazwa:  
Adres:  
Miejscowość:  
Kod pocztowy:  
Państwo:  
Numer telefonu:  
Tel. Kom.:  
Fax:  
Osoba do kontaktu:  
e-mail:

**Adres dostawy:**

Nazwa:  
Adres:  
Miejscowość:  
Kod pocztowy:  
Państwo:  
Numer telefonu:  
Tel. Kom.:  
Fax:  
Osoba do kontaktu:  
e-mail:

Lubelski Oddział Okręgowy Polskiego  
Czerwonego Krzyża

Lublin

**Dodatkowe informacje:****Zatwierdzone przez Dostawcę:**

\_\_\_\_\_  
Nazwa/Imię i Nazwisko  
Stanowisko:  
Data:

**Adnotacje wewnętrzne:**

Nr LR:

Numer projektu:

Pozycja w  
budżecie:


\_\_\_\_\_

Data: