|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: ..…………………………………………....................................................................  Jednostka (**nazwa** , **dokładny adres i telefon**): ……………………………………………………………………………………………………………………………… |  | Centrum Informatyczne Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  50-367 Wrocław, ul. Pasteura 1  tel. 71 784-11-02, fax: 71 784-00-30 |

*W przypadku firmy poza bieżącą umową, Adresat*: …….………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….

## ZLECENIE NAPRAWY

## LUB ZAKUPU CZĘŚCI KOMPUTEROWYCH

**AK /…. /. . .. z dn.………..201….**.**r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa podzespołu | | | Nr inwentarzowy sprzętu lub numer seryjny urządzenia | Ilość | Wartość brutto |
| 1 |  | | |  |  |  |
| 2 |  | | |  |  |  |
| Opis problemu/usterki: | | | | | | |
|  |  | | |  |  |  |
| Płatne ze środków\*: ………………………… | |  | Kwota razem brutto PLN ………… | | | |
|  | | | | | | |
| Blokada środków | |  | Podpis i pieczątka dysponenta środków | | | |

\*W przypadku środków **z działalności statutowej** należy podać numer i wybrać jedną z opcji:

🞎 materiały

***proszę zaznaczyć odpowiednie pole***

Opinia CI w przypadku zakupu z funduszy UMW: ………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

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

Kwestor Kanclerz

Data i podpis przyjmującego zlecenie:……………………………………………………………

Data i podpis osoby potwierdzającej wykonanie zlecenia………………………………………...