|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane zamawiającego |  | Zamawiający  **Centrum Informatyczne**  tel.: 71 784 11 03, faks: 71 784 00 30  Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  ul. Pasteura 1, 50-367 WROCŁAW NIP: 896-000-57-79 |
| Imię i nazwisko: ……………………………………. |
| Jednostka: ……………………………………………. ……………………………………………………………… |
| Dokładny adres:…………………………………….  Tel:........................................................... |
|  |

Adresat Adresat

*Bieżąca umowa na zakup oprogramowania Poza umową*

#### ZLECENIE ZAKUPU OPROGRAMOWANIA

**AK0501- ………/ 17 z dn. ................... 20..…. r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa programu | | Nr inwentarzowy komputera | | Ilość | Wartość brutto |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| Źródło finansowania …………………………………. | | | Kwora razem: …………………………………. | | | |
| Blokada środków | |  |  | Podpis i pieczątka dysponenta środków | | |

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

🞎 materiały 🞎 usługa 🞎 aparatura (w przypadku środków powyżej 3500 PLN)

***proszę zaznaczyć odpowiednie pole***

Opinia OSK w przypadku zakupu z funduszy UMED: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Kwestor Kanclerz

Data i podpis przyjmującego wniosek (wypełnia wykonawca):………………………………