**FORMULARZ ZAMÓWIENIA**

ZAMAWIAJĄCY:

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa  
tel.:022 592 65 90, fax.: 22 592 66 50  
NIP: 526-00-13-054

REGON: 012513262

WYKONAWCA:

ADRES:

NIP:

REGON:

PRZEDMIOT: (opis przedmiotu zamówienia)

*Zakup licencji oprogramowania do szyfrowania dysków*

MIEJSCE DOSTAWY / ~~WYKONANIA USŁUGI~~ / ~~ROBÓT BUDOWLANYCH~~:

Siedziba Centrali KRUS, Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa

TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:

Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi w terminie 7 dni, licząc od dnia przesłania przez Zamawiającego Formularza zamówienia (ale nie później niż do 29.12.2017r.)

Faktura:

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa

tel. 022 592 65 90, fax 22 592 66 50

NIP 526-00-13-054, REGON: 012513262

PŁATNOŚĆ: (na rachunek Wykonawcy przelewem w terminie 21 dni od dnia doręczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT (wystawionej w PLN)

Wynagrodzenie całkowite: zł z podatkiem VAT, zgodnie z tabelą:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.:** | **Nazwa przedmiotu zamówienia:** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa netto PLN** | **Cena jednostkowa brutto PLN** | **Wartość brutto PLN** |
| 1. | *Licencje oprogramowania do szyfrowania dysków* | 85 |  |  |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |

Gwarancja: roczna gwarancja producenta.

Realizacja zamówienia w godzinach od 8:00 do.15:00, przed realizacją zamówienia prosimy o kontakt z Panem Mirosławem Szwarc., tel.: 022 592 65 02 lub tel. kom.: 798 790 026

***Główny Księgowy******Zamawiający***

*(data, pieczęć i podpis Głównego Księgowego) (data, pieczęć i podpis Realizującego zamówienie)*

***Wykonawca***

*(data, pieczęć i podpis Wykonawcy)*