**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:

NIP:

REGON:

PRZEDMIOT: (opis przedmiotu zamówienia)

*Rozszerzenie zakresu informacyjnego sprzętu IT znajdującego się w CMDB*

~~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 roboczych licząc od dnia dostarczenia/przesłania przez Zamawiającego Formularza zamówienia.

Faktura:

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Al. Niepodległości 190

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

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

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

Wynagrodzenie całkowite za realizację przedmiotu zamówienia wynosi: ……… zł netto plus 23% podatku VAT, co stanowi łącznie………….. zł (słownie: ………................... zł 00/100) z podatkiem VAT

Gwarancja: na okres 3 miesięcy.

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)*