

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA

### ZAMAWIAJĄCY:

Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego  
Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa  
NIP: 526-00-13-054  
REGON: 012513262

### WYKONAWCA:

NIP:  
REGON:

PRZEDMIOT: (opis przedmiotu zamówienia):  
Usługa ATiK oprogramowania do szyfrowania dysków

MIEJSCE DOSTAWY / WYKONANIA USŁUGI:  
Siedziba Centrali KRUS, Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa

TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:  
Realizacja przedmiotu zamówienia nastąpi w terminie 8 dni, licząc od dnia przesłania przez Zamawiającego Formularza zamówienia (ale nie później niż do 20.12.2019r).

Faktura:  
Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego  
Al. Niepodległości 190, 00-608 Warszawa  
tel. 022 592 64 17, fax 022 592 66 79  
NIP: 526-00-13-054

### PŁATNOŚĆ:

Zapłata wynagrodzenia za wykonanie przedmiotu zamówienia nastąpi przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy, wskazany w fakturze VAT, w terminie 21 dni od dnia dostarczenia do siedziby Zamawiającego poprawnie wystawionego oryginału faktury VAT wraz z podpisanym przez obie strony niniejszym Formularzem Zamówienia.

Wynagrodzenie całkowite Wykonawcy za realizację przedmiotu zamówienia nie przekroczy kwoty..... zł netto( słownie:.....) , plus podatek VAT w wysokości 23%, co stanowi kwotę ..... zł brutto (słownie: .....zł 10/100), zgodnie z tabelą:

Lp.:	Nazwa przedmiotu zamówienia	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto PLN	Cena jednostkowa brutto PLN	Wartość brutto PLN
1.	Zakup oprogramowania do szyfrowania dysków <i>McAfee Complete Data Protection</i>	120			
Razem:					

Gwarancja: roczna gwarancja producenta.

Do kontaktów w sprawie realizacji zamówienia ze strony Zamawiającego wyznaczamy Pana Mirosława Szwarca tel. kontaktowy: 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)*

