

**ZAMÓWIENIE NR ...**

z dnia ..... r.

Zamawiający:

**Nazwa firmy****Adres firmy**

NIP

REGON

nr tel.

Adresat:

**UNIBUY GMBH Sp. z o.o.**

Chmielna 2/31

00-020 Warszawa

email sklep@instrumedic.pl

Tel: 737 488 443

**Adres wysyłkowy****Nazwa firmy**

Adres wysyłkowy

e-mail:

tel.:

**Oferta cenowa**

Z dnia ...

**Płatność:**

GOTÓWKA/PRZELEW

(nazwa firmy) składa zamówienie

L.p.	Nazwa	wielkość op.	j.m.	cena brutto	ilość zamówiona
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Forma dostawy: