

| | |
|----------------|--|
| Data: | |
| Nr zamówienia: | |

IKARIA Sp. z o. o. Sp. k.
ul. Omłotowa 12/14, 94-251 Łódź
tel: 042 257 00 30
fax: 042 278 20 49
NIP: 727 27 46 817

DANE ZAMAWIAJĄCEGO

| | |
|-------------------|--|
| Nazwa: | |
| Ulica: | |
| Kod, miasto: | |
| NIP: | |
| Osoba kontaktowa: | |
| Telefon: | |
| E-mail: | |

ZAMÓWIENIE

| Lp. | Przedmiot zamówienia (nazwa programu, ilość stanowisk, czas trwania licencji) | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
|--------|--|------------------|---------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Razem: | | | | |

Forma płatności:

Pieczęć firmowa:

Podpis zamawiającego:

