

.....
Zamawiający
(Jednostka organizacyjna ZOZ Sucha Besk.)

ZAPOTRZEBOWANIE
Na
ROCZNE/MIESIĘCZNE/JEDNORAZOWE*
NR

Lp.	Nazwa artykułu lub usługi	J.m.	Ilość	Uwagi	Szacunkowa wartość zamówienia brutto
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

.....
Data i podpis osoby zamawiającej

.....
Data i podpis odbierającego

Adnotacje

.....

.....

.....

Zatwierdzenie do realizacji

.....
Podpis i pieczęć Główna Księgowej
lub Z-ca Dyrektora lub Dyrektora

*niepotrzebne skreślić