

Zamawiający (Oddział, Poradnia)

**ZAPOTRZEBOWANIE**

Na

ROCZNE/MIESIĘCZNE/JEDNORAZOWE\*

NR

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

Data

Podpis osoby zamawiającej

**Adnotacje**

Data

Podpis kierownika jednostki organizacyjnej

\* niepotrzebne skreślić