Customer/Zamawiający: Szczecin 2020-04-06

Nazwa Firmy

ul. Ulica 19, 70-310 Miasto

National Court Register/KRS:

VAT tax number/NIP:

Statistical number/REGON:

Purchase Order/Zamówienie:

……………………………………

Contractor/Wykonawca:

Laboratorium PoliTEST, Wydział Inżynierii Mechanicznej i Mechatroniki ZUT

Al. Piastów 19, 70–310 Szczecin

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Item *Lp* | Quantity  *Ilość* | Unit *Jednostka* | Code *Oznaczenie* | Description  *Opis* | Delivery date  *Data dostawy* | Price  *Cena* |
| 1 | 1 | szt. |  | Typ i zakres badania  Identyfikacja przedmiotu badań (nazwa, symbol, typ, norma itp.)  Ilość próbek  Warunki odbioru (standard, publikacja) | 2020-04-06 | wart PLN |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

Total Amount (VAT excluded)/Wartość Całkowita (bez podatku VAT):

**wartosc PLN**

Due date testing/Termin wykonania badań:

2020-04-06

Representative/Przedstawiciel:

Imię Nazwisko, telefon, email

We require participation in testing/Wymagamy uczestnictwa w badaniach (imię nazwisko, kontakt):

Please sign and return to Customer/Prosimy o podpisanie i odesłanie nam kopii tego zamówienia

Report in Polish/Sprawozdanie z badań po polsku (domyślnie w języku angielskim)