**ZAMÓWIENIE**

bioMérieux Polska Sp. z o.o.

ul. Gen. Józefa Zajączka 9

01-518 Warszawa

POLAND

Adres: [dystrybucja@biomerieux.com](mailto:dystrybucja@biomerieux.com)

|  |
| --- |
| **PŁATNIK**  NR KLIENTA w bioMérieux: **1046073**  **PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE SP. Z O.O.**  **Poznańska 125 A**  **PLESZEW** |
| **MIEJSCE DOSTAWY**  NAZWA:  ULICA: KOD POCZTOWY MIASTO: |
| OSOBA DO KONTAKTU:  NR TEL.:  E-MAIL |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER ZAMÓWIENIA**: | **DATA ZAMÓWIENIA** : |

**UWAGI:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **NUMER**  **KATALOGOWY** | **NAZWA KATALOGOWA PRODUKTU** | | **LICZBA OPAKOWAŃ** | **DATA DOSTAWY** |
| **1** | |  |  | |  |  |
| **2** | |  |  | |  |  |
| **3** | |  |  | |  |  |
| **4** | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |
| **PODPIS:** | | |