ZAPYTANIE OFERTOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Nabywcy:(na fakturze) | **4 Wojskowy Oddział Gospodarczy**  |
|  imię i nazwisko lub pełna nazwa instytucji |
| **631 - 25 - 41 - 341** |
| NIP / PESEL |
| **Gen. Władysława Andersa 47** |  **Gliwice 44-121** |
|  ulica |  miejscowość, kod pocztowy |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane Odbiorcy: | **WCR w Katowicach** **Pan/Pani ppor. *Kacper Zawiślak, Kierownik Wojskowej Pracowni Psychologicznej*** ***(Nr dyplomu 21552)*** |
|  imię i nazwisko lub pełna nazwa instytucji |
| **Francuska 30** | **Katowice** |
| ulica |  miejscowość |
|  | **40-028** | **Katowice** |
|  | kod pocztowy |  poczta  |

Kontakt telefoniczny (z numerem kierunkowym): **261111223**

Adres e-mail: ro.drzewiecki@ron.mil.pl

|  |
| --- |
|  |

Wyszczególnienie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa (wg cennika) | Ilość | Cena x ilość = Wartość brutto |
| 1. | **TMS-R** ( Reven forma równoległa ) | 4 |  |
| 2. | **TMS-PLUS** ( Reven forma plus ) | 4 |  |
| 3. | **CISS** | 8 |  |
|  | **RAZEM kwota:** |  |  |