

FORMULARZ ZAMÓWIENIA USŁUG PORTOWEJ SIECI TELEINFORMATYCZNEJ NUMER	<i>Nr umowy</i>
---	-----------------

	ZAMAWIAJĄCY	WYKONAWCA
Nazwa firmy		Zarząd Morskiego Portu Gdańsk S.A.
Siedziba firmy		80-955 Gdańsk-Nowy Port , Zamknięta 18
NIP		5832461866
Komórka odpowiedzialna		Dział Teleinformatyki
Telefon		(+48 58) 737-9465
Nazwa banku		PKO BP S.A. II O/Gdańsk
Konto bankowe		58 1020 1811 0000 0602 0094 5857
e-mail kontaktowy		umowyPST@portgdansk.pl

Poz. Cennika	Nazwa usługi	Ilość		Data wykonania usługi	Uwagi
		Było	Jest		
<b>Świadczenie usług opisanych w cenniku PST.</b>					

<b>ZATWIERDZAM</b>
Data:
Podpisy: .....
Uwagi:

WYKONAŁ	POTWIERDZAM WYKONANIE
Data:	Data:
Podpisy: .....	Podpisy: .....
Uwagi:	Uwagi: