

Zamawiający SZOZnMiD w Poznaniu ul. Adama Wrzosa 1 60-663 POZNAŃ Tel 61 61 62 505	Adres wysyłkowy Dział Informatyki Wielkopolskie Centrum Pediatrii ul. A. Wrzosa 1 60-663 Poznań	Adresat
---	--	---------

Warunki Płatności
Przelew 30 dni płatny
po otrzymaniu faktury

Płatnik (konto w Banku)
.....

ZAMÓWIENIE

Upoważniamy do
wystawienia
faktury bez naszego podpisu

z dnia
nr

NR statystyczny
zamawiającego KRS
0000003220

NIP
778-11-28-565

<i>I.p.</i>	<i>Przedmiot zamówienia</i> <i>(Nazwa artykułu, wyrobu, usługi)</i>	<i>j.m.</i>	<i>ilość</i>	<i>Wartość</i> <i>netto/Warto</i> <i>ść brutto</i>
1.	Zakup licencji ESET PROTECT Essential na 24 miesiące ² .		Docelowa ilość stanowisk 800	

Wymagania szczegółowe dot. przedmiotu zamówienia – odbędzie się w terminie **24 miesięcy od daty 26.01.2025 r.**

WYKONAWCA

ZAMAWIAJĄCY