

	<p>ZLECENIE (Nr 0/m-c/rok/ŚLME/WE)</p> <p>Nr / /2017/ŚLME/WE</p>	<p>Data:</p>
<p>1. Zamawiający:</p> <p>(Nazwa Zakładu/Pracowni):</p> <p>(Adres): Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN. 02-106 Warszawa, ul. A. Pawińskiego 5. NIP: 525 000 89 79</p> <p>.....</p> <p>(Osoba do kontaktu) (Telefon) (e-mail)</p>		
<p>2. Opis problemu/ Zakres badań /Wycena badania</p> <p>•</p> <p>•</p>	<p>3. Materiał do badań:</p> <p>Ilość sztuk:</p>	
<p>4. Kwota do zapłaty: zł</p> <p>.....</p> <p>(kwota słownie zł)</p>		
<p>5. Należność płatna z:</p>		
<p>6. Zamówienie złożył:</p> <p>(Podpis, pieczętka osoby zgłaszającej)</p>	<p>7. Zamówienie przyjął</p> <p>(data/ imię nazwisko/ podpis)</p>	<p>8. Zatwierdził</p> <p>(Kierownik jednostki ŚLME)</p>

Koszty wg cennika

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
 im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk
 Środowiskowe Laboratorium Mikroskopii Elektronowej
 02-106 Warszawa, ul. A. Pawińskiego 5
 Tel. 22 608 64 12
 E-mail: mbaniewicz@imdik.pan.pl; dczejkowska@imdik.pan.pl