

Lublin, dnia ……………..

**Wykonawca:**

…………………………

………………………..

NIP: ………………………..

**Nabywca:**

Szkoła Doktorska UMCS

ul. Weteranów 18

20-038 Lublin

**ZAMÓWIENIE**

**Przedmiot zamówienia:** ……………………………………………………………………………………………………………

**Wartość usługi:** ……….. zł

**Dane do faktury:**

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Pl. M. Curie-Skłodowskiej 5

20-031 Lublin

NIP: 712-010-36-92

(termin: płatne min. 21 dni od dnia otrzymania faktury)

**Osoba odpowiedzialna za zamówienie:** ……………………………………………………….

**Kwestor Dysponent środków**