

Data wystawienia: .....

Miejsce wystawienia: .....

**Wystawca Noty:**

**Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa  
NIP: 525-00-05-828 REGON: 000288917**

NAZWA JEDNOSTKI REALIZUJĄCEJ ZAMÓWIENIE

ORYGINAŁ / KOPIA

**Odbiorca Noty:**

NAZWA JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ ZAMÓWIENIE

## NOTA nr: NWKS-XXXX-YY-ZZZZ

<b>OBCIĄŻENIE</b> PLN	<b>TREŚĆ</b>	<b>UZNANIE</b> PLN
	Podsumowanie Noty	

**Słownie:** .....

.....  
Imię i nazwisko osoby wystawiającej notę

.....  
Imię i nazwisko osoby odbierającej usługę/towar

Zgodnie z wnioskiem nr .....