Pieczęć zamawiającego

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Dział Wydawnictw

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel.: 22 458 27 04

**Zamówienie**

**materiałów edukacyjnych „Program Fantastyczne Możliwości”**

1. **Informacje:**
	1. Nazwa i dokładny adres **nabywcy:** oraz numer NIP:……………………………………...
	2. Nazwa i dokładny adres **odbiorcy/płatnika**: ……………..………………………………

3. Nazwa i dokładny adres **odbiorcy przesyłki:** ……..……………………………………..

4. Termin realizacji zamówienia: ……………………………………………………………..

5. Sposób odbioru materiałów (transport własny lub poczta)

6. Nazwisko i numer telefonu osoby, z którą można się kontaktować w sprawie zamówienia:

1. **Zamawiam następujące materiały:**
2. Komplet 4 zeszytów dla ucznia w ilości ……………………………………………………
3. Podręcznik dla nauczyciela w ilości ………………………………………………………..
4. Podręcznik dla lidera w ilości ………………………………………………………………
5. Płyta ………………………………………………………………………………………...
6. **Upoważnienie**

Upoważniam Instytut Psychiatrii i Neurologii do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

1. **Informacja o szkoleniu realizatorów programu**

Szkolenie nauczycieli realizujących program będzie prowadzić (imię i nazwisko uprawnionego instruktora): …………………………………………………………………

…………………………………… …………………………………

 data podpis nabywcy