|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo-archiwum | **Zamówienie na usługi świadczone przez**  **Archiwum Państwowe w Kielcach** | Nasz znak:  OIA.6320.       .20 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wnioskodawca | | | |
| Imię  i nazwisko | Ilona Szumowska | Telefon | 0049 1737783673 |
| Adres | Szczecińska 35/9 40-139 Katowice | E-mail | szumowska@o2.pl |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Określenie przedmiotu zamówienia - wypełnia zamawiający | | | | | |
| Proszę o wydanie (zaznaczyć właściwe):  kserokopii  skanów  fotografii cyfrowych materiałów archiwalnych wskazanych poniżej | | | | | |
| Numer  zespołu | Nazwa zespołu | Sygnatura | Numery stron / kart lub określenie obiektu | Liczba  egzemplarzy | Format  A4; A3 |
| **21/50/0** | Urząd Gubernialny Kielecki do spraw Powinności Wojskowej | **21/50/0/-/1315** | 8  Znak teczki 202/77 | 1 | A3 lub A4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Uwierzytelnienie kopii** |
| nie  tak (warunkiem otrzymania uwierzytelnionych kopii dokumentów jest dostarczenie potwierdzenia dokonania  opłaty skarbowej) |
| **W przypadku uwierzytelnionych kopii proszę o podanie interesu prawnego (przeznaczenie kopii):** |
|  |

|  |
| --- |
| **Sposób odbioru kopii** |
| odbiór osobisty  przesyłka pocztowa  email |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie** |
| Zobowiązuję się do uregulowania opłaty za wykonane usługi reprograficzne, zgodnie z obowiązującym cennikiem, jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z cennikiem i w pełni go akceptuję.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i podpis* |

***WYPEŁNIA PRACOWNIK ARCHIWUM***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **USŁUGA:** | KALKULACJA | | | | | Cena PLN | | **OGÓŁEM** |
| **Poszukiwania** | Czas | | |  | |  | |  |
| **Kopie** | **Rodzaj** | | **stron/sztuk** | | | | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| ksero A3 | |  | | | |  |  |
| ksero A4 | |  | | | |  |  |
| skan / fotografia | |  | | | |  |  |
| skan format A3+ | |  | | | |  |  |
| **Inne** | ekspres | | | | | |  |  |
| opłaty pocztowe | | | | | |  |  |
| inne | | | | | |  |  |
| Razem: | | | | | | | |  |
| Pobrana zaliczka zgodnie z § 3, pkt. 3 | | | | | | | |  |
| Nr dowodu wpłaty  Nr rachunku | |  | | | **Razem do zapłaty**: | | |  |
| **Opłata skarbowa (Ustawa o opłacie skarbowej Dz. U. 225 poz. 1635 z 2006 r.)** | | | | | | | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data i podpis pracownika*  *data i podpis osoby odbierającej*