

Numer zamówienia: **02.841.**

.....
Data (dd.mm.rrrr)

ZAMÓWIENIE NA WYKONANIE KOPII

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

ZAMAWIAJĄCY.....

Nazwisko i imię

ADRES*

.....
ulica, nr domu/nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość

*obowiązkowy tylko w przypadku wystawiania rachunku

TELEFON KONTAKTOWY.....

E-MAIL/ADRES POCZTOWY DO WYSYŁKI

.....

- Zamówienie wykonywane jest zgodnie z *Regulaminem świadczenia usług archiwalnych Archiwum Głównego Akt Dawnych*.
- Czas realizacji zamówienia ustala się zgodnie z bieżącymi możliwościami, średnio 30 dni.

CENNIK KOPII

Rodzaj reprodukcji	Wielkość oryginału	Cena za stronę
Skan z oryginału	do A3 (29,7x42 cm)	2 zł
	powyżej A3 (59,4x42 cm)-max. 2A0 (118,9x168,2 cm)	10 zł
Skan z mikrofilmu	-	1 zł
Wydruk z oryginału, mikrofilmu lub kopii posiadanej wersji cyfrowej oraz kserokopia z książek po 1945 r. (max. 22 strony)	Wielkość wydruku	Cena za stronę
	A4 cz.-b.	1 zł
	A4 kolor	3 zł
	A3 cz.-b.	1,50 zł
	A3 kolor	4 zł

- Uwaga!
- Przy skanowaniu nie dokonuje się retuszu obrazu, np. likwidacji plam, zarysowań, przebarwień itp.
 - Nie wykonuje się skanów fragmentów map i planów.

Konto bankowe AGAD:

- (przelew w Polsce): NBP O/O W-wa 86 1010 1010 0008 9522 3100 0000

- (przelew z zagranicy): SWIFT – NBP LP LP W 86 1010 1010 0008 9522 3100 0000

Sposób odbioru (właściwe zaznaczyć):

e-mail poczta osobiście w AGAD

Rachunek (właściwe zaznaczyć) : NIE TAK

Rodzaj zamawianej reprodukcji (zaznaczyć znakiem "X" właściwą pozycję):

- Skan z oryginału Skan z mikrofilmu Kopia posiadanej wersji cyfrowej
- Wydruk A4 cz.-b. Wydruk A4 kolor Wydruk A3 cz.-b. Wydruk A3 kolor Kserokopie (z książek po 1945 r.)

NAZWA ZESPOŁU/ZBIORU	SYGNATURA	STRONA/KARTA	LICZBA STRON
Gdy numerowane są karty a nie strony, podać czy wykonać recto (r), verso (v), czy całą kartę. W przypadku kilku paginacji (numeracji) stron prosimy podać wszystkie.			
			SUMA:

W przypadku złej jakości mikrofilmu nie bierzemy odpowiedzialności za jakość wykonanych elektronicznych reprodukcji.

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami zawartymi w „Regulaminie świadczenia usług archiwalnych **AGAD**”*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Archiwum Główne Akt Dawnych w Warszawie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zamówienia*

* pola oznaczone gwiazdką (*) są obowiązkowe.

.....

Podpis zamawiającego

Zamówienie zrealizowano
(data i podpis)