

....., dnia .....2024r.

Nazwa i adres siedziby jednostki

**Dyrektor  
Powiatowej Stacji  
Sanitarno – Epidemiologicznej  
w Kole  
ul. Toruńska 72  
62-600 Koło**

**WNIOSEK O NIEODPŁATNE PRZEKAZANIE / DOKONANIE DAROWIZNY  
RZECZOWEGO SKŁADNIKA MAJĄTKU RUCHOMEGO\***

1. Uzasadnienie potrzeb i sposób wykorzystania składnika majątku ruchomego:\*\*
2. Składniki majątku ruchomego, o które występuje jednostka:
3. Zobowiązuje się do pokrycia kosztów związanych z darowizną, w tym kosztów odbioru przedmiotów darowizny:\*
4. Oświadczenie, że składnik majątku ruchomego zostanie odebrany w PSSE w Kole, ul. Toruńska 72, dnia ..... przez .....  
.....
5. Do wniosku załączam odpis statutu .....

podpis i pieczęć dyrektora jednostki

**\* niepotrzebne skreślić**

**\*\* dotyczy darowizny**