**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

**ul. Płocka 11/13**

**01-231 Warszawa**

**Wniosek o nieodpłatne przekazanie/darowiznę\* składników**

**rzeczowych majątku ruchomego Biura Rzecznika Praw Pacjenta**

**Na czas oznaczony, nieoznaczony lub bez obowiązku zwrotu\***

1. **Dane podmiotu lub organu występującego o nieodpłatne przekazanie składników rzeczowych majątku ruchomego:**
2. Nazwa jednostki

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Pełny adres jednostki

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Wskazanie składnika rzeczowego majątku ruchomego, którego wniosek dotyczy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa składnika** | **Nr inwentarzowy** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Uzasadnienie potrzeb i wskazanie sposobu wykorzystania składnika rzeczowego majątku ruchomego \*\***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że przekazane składniki majątku ruchomego zostaną odebrane na mój koszt i odpowiedzialność w terminie i miejscu wskazanym w protokole zdawczo-odbiorczym, zawierającym informacje wskazane w § 38 ust. 6 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 października 2019 r. w sprawie szczegółowego sposobu gospodarowania składnikami rzeczowymi majątku ruchomego Skarbu Państwa, w który wyposażone są jednostki budżetowe (Dz.U. 2023 poz. 2303).
2. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze stanem składników\*
3. Do wniosku załączam odpis statutu \*\*

………………………, dnia …………….. …........................................

Podpis i pieczątka

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wypełnić jeśli dotyczy