……………………..

miejscowość, data

**Wniosek**

**o nieodpłatne przekazanie/darowiznę\***

**zbędnego wyposażenia PSSE w Powiecie Warszawskim Zachodnim**

na czas oznaczony/nieoznaczony/bez zastrzeżenia obowiązku zwrotu\*

1. **Dane podmiotu występującego o nieodpłatne przekazanie/darowiznę:**

Nazwa, siedziba i pełny adres:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

 NIP:……………………………………………………………………………………...

 Regon: ….……………………………………………………………………………...

1. **Wskazanie mebli, których dotyczy niniejszy wniosek:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp. z wykazu** | **Typ/Model** | **Nr inwentarzowy** | **Ocena stanu technicznego** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Czas na jaki następuje nieodpłatne przekazanie/darowizna:**

od………………………….do…………………………\*\*

……………………………

podpis

\*niepotrzebne skreślić

\*\*wypełnić jeśli dotyczy