

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

Nazwa i adres siedziby jednostki

**Dyrektor  
Powiatowej Stacji  
Sanitarno-Epidemiologicznej  
w Koninie  
ul. Stanisława Staszica 16  
62-500 Konin**

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

1. Uzasadnienie potrzeb i sposób wykorzystania składnika majątku ruchomego :
2. Składniki majątku ruchomego, o które występuje jednostka:  
*Załącznik nr 3*
3. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów związanych z darowizną, w tym kosztów odbioru przedmiotów darowizny \*\*
4. Oświadczam, że składniki majątku ruchomego zawarte w *Załączniku nr 3* zostaną odebrane w terminie i miejscu wskazanym w protokole zdawczo –odbiorczym
5. Do wniosku załączam/nie załączam\* odpis statutu.\*\*

.....  
Podpis i pieczęć dyrektora jednostki

## Wykaz składników majątku ruchomego, o które występuje jednostka zainteresowana

Lp.	Nazwa sprzętu	Nr ewidencyjny	Data zakupu	Wartość Początkowa/ rynkowa
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				