………………….., ………………………

*/miejscowość, data/*

……………………………………………

*/Imię i nazwisko, nazwa /*

**…………………………………………….**

*/adres siedziby/*

**…………………………………………….**

*/numer pesel lub NIP /*

**……………………………………………**

*/adres mailowy i nr kontaktowy/*

**Do Dyrektora**

**Pomorskiego Oddziału NFZ**

**Wniosek o nieodpłatne przekazanie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p.  | Nazwa składnika majątkowego  | Numer inwentarzowy /o ile dotyczy/  | Ilość sztuk  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczenie**

a) Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż nieodpłatnie przekazane przedmioty były używane, są w całości zamortyzowane i przyjmuję do wiadomości istniejący stan rzeczy.

Nie wnoszę zastrzeżeń co do stanu technicznego przedmiotu przekazania, z którym zapoznałam/em się

szczegółowo z chwilą wydania rzeczy przez przekazującego.

b) Przyjmuję do wiadomości i akceptuje warunki przekazania, w szczególności wyłączenie

odpowiedzialności przekazującego z rękojmi, w tym także za wady ukryte przedmiotu przekazania.

c) Jest mi wiadome, że przekazujący nie udziela gwarancji na przekazany przedmiot.

d) Oświadczam, że nieodpłatnie przekazane składniki majątkowe nie zostaną sprzedane, odsprzedane lub

wystawione na sprzedaż.

…………………….., dnia ……………………..2024 r.

 …………………………………………

 */podpis wnioskującego/*