……………………………. …………………………….

(wnioskodawca) (miejscowość, data)

**Do Wojewódzkiego**

**Inspektora Farmaceutycznego w Poznaniu**

**WNIOSEK**

**o przekazanie nieodpłatnie innej jednostce składników**

 **rzeczowych majątku ruchomego**

1. Imię i nazwisko/nazwa podmiotu…………………………………………………………………………………………

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

Z siedzibą w……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dokładny adres:

– kod pocztowy……………

– miejscowość…………….

– ul. ……………………………………gmina…………………………, powiat………………………………………………….

 województwo…………………. tel. …………………………… faks………………………………………………………..

– NIP…………………………………..

– REGON…………………………….

– nr telefonu………………………

– e-mail……………………………..

1. Informacja o zadaniach publicznych realizowanych przez jednostkę

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

1. Wykaz składnika rzeczowego majątku mienia ruchomego, o które występuje podmiot (opis składnika, ilość):

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