

Załącznik nr 12

Klinika /Oddział	Zmiana miejsca użytkowania <u>Środka trwałego</u> Przedmiotu nietrwałego	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50px; display: inline-block;"></div> MT MN						
Dnia 20..... r. przeniesiono		Nr inwentarzowy.....						
<p>.....</p> <p>(nazwa urządzenia i charakterystyka)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Uzasadnienie</p>								
Jedn. Miar	Ilość	Cena	Wartość					
Przeniesiono			Księgowość (stanowisko kosztów)					
Skąd								
Dokąd								
Zlecił		Przekazał		Przyjął				
Data	Podpis	Data	Podpis	Data	Podpis	Rodz. ewid.	Data	Podpis