



*Załącznik nr 4 do Regulaminu
bezpłatnej wypożyczalni sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego dla mieszkańców Powiatu Sztumskiego*

**POTWIERDZENIE ODBIORU
SPRZĘTU MEDYCZNEGO-REHABILITACYJNEGO**

Potwierdzam odbiór w dniu.....sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego tj.:

.....

Oświadczam, że zapoznałam/łem się ze stanem technicznym wypożyczonego przeze mnie wyżej wymienionego sprzętu medycznego - rehabilitacyjnego.

.....

(data)

.....

(podpis Wypożyczającego)