POTWIERDZENIE ODBIORU **SPRZĘTU, LEKÓW I ODŻYWEK**

ZGODNIE Z FAKUTRĄ NR…..…………….Z DNIA…….…………….

CZASOKRES UŻYTKOWANIA – DO …………………..……………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | NAZWISKI IMIĘ | ASORTYMENT | ILOŚĆ SZTUK | DATA ODBIORU | PODPIS |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ZA ZGODNOŚĆ…………………………………….

 PODPIS TRENERA