

....., dn.....

Nazwisko i imię / nazwa firmy:

.....
Adres

.....
Telefon

Fax.....

e-mail

***Regionalny Szpital w Kołobrzegu
ul. Łopuskiego 31-33
78-100 Kołobrzeg***

WNIOSEK O ZWROT WADIUM

Proszę o zwrot wadium wpłaconego w przetargu na zbycie **aparatu RTG z ramieniem C typ GE
OEC FLUORSTAR nr FABRYCZNY 79C-1007D RP: 2013**

na konto w Banku

nr konta

Podpis wnioskodawcy

.....

Inspektor

Działu Organizacyjno-Prawnego

Małgorzata Surdyk

RADCA PRAWNY

Dublinash
Magdalena Dublinowska