

UMOWA WYPOŻYCZENIA NR - oryginał/kopia

Zawarta w dniu pomiędzy:

MAD-MED Adam Miśkiewicz
ul. Paderewskiego 6
05-825 Grodzisk Mazowiecki
NIP 529-169-24-58
Tel . kontaktowe: 503-093-113, 510-903-635



a wypożyczającym:.....

zam.:

legitymującym się dowodem osobistym seriitel. kontaktowy.....

Wypożyczeniu podlega sprzęt:

Nr:.....
O wartości:.....
Słownie:.....

Okres wypożyczenia sprzętu:

1. Od dnia r. do r.
2. Opłata za umowny termin wypożyczenia sprzętu wynosi zł za (mc/tydz/dn)
3. Kaucja..... zł

Opłaty za wypożyczenie sprzętu można dokonać:

Przelewem na konto do - go dnia każdego miesiąca.
Nr konta **Millenium bank 41 1160 2202 0000 0001 8655 7256**
Tytułem przelewu: **nr umowy wypożyczenia oraz za jaki miesiąc.**

W Sklepie Medycznym przy ul. Kościuszki 2, 05-870 Błonie, przy ul. Poznańskiej 280 lok.5 oraz ul. Kossaka 32, 05-825 Grodzisk Maz.

MIEJSCE ZWROTU WYPOŻYCZONEGO SPRZĘTU:

- W Sklepie Medycznym „MAD-MED” przy ul. Kościuszki 2, 05-870 Błonie, tel. 510-903-635
- W Sklepie Medyczny „MAD-MED” przy ul. Poznańskiej 280 lok.5, tel.731-093-113
- MAD-MED Adam Miśkiewicz, ul. Kossaka 32, 05-825 Grodzisk Maz., tel. 503-093-113

*Prosimy o zaznaczenie miejsca zwrotu wypożyczonego sprzętu.

PRZY PŁATNOŚCI W SKLEPIE PROSZĘ MIEĆ PRZY SOBIE UMOWĘ WYPOŻYCZENIA!

UWAGI DODATKOWE

.....
.....
.....
.....

.....
Wypożyczalnia

.....
Wypożyczający

PRZEDŁUŻENIE UMOWY

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ZWROT DNIA:.....

Uwagi:.....
...

.....
Wypożyczalnia

.....
Wypożyczający