

**FORMULARZ REKLAMACJI**  
**„Szpital Powiatowy w Gryfinie” Sp. z o.o.**

Oddano do reklamacji: .....

.....  
/rodzaj asortymentu/

Symbol znakowania .....

Opis przyczyny reklamacji:

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

Data i podpis Przekazującego:.....

Data i podpis Odbierającego:.....

---

**ODBIÓR ASORTYMENTU PO REKLAMACJI**

Oddano do reklamacji: .....

.....  
/rodzaj asortymentu/

Symbol znakowania .....

Data i podpis Przekazującego:.....

Data i podpis Odbierającego:.....