Lipno, dnia………………………………

…………………………………………………………..

Imię i Nazwisko

…………………………………………………………..

Adres

………….-…………. …………………………………

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

**Szpital Lipno Sp. z o. o.**

**ul. Nieszawska 6**

**87-600 Lipno**

WNIOSEK O ZWROT WADIUM

Zwracam się z wnioskiem o zwrot wadium wpłaconego w gotówce w kwocie 4 000,00 zł w dniu ……………..…... w celu wzięcia udziału w przetargu ofertowym na zakup aparatu rentgenowskiego sufitowego Siemens Multix Top wraz ze skanerem do postaci cyfrowej, stołem i wertigrafem.

Zwrotu proszę dokonać na rachunek bankowy nr:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

W załączeniu przedkładam kopię potwierdzonego dowodu wpłaty wadium.

………………………………………………………………

czytelny podpis