

Załącznik Nr 1  
do Instrukcji Magazynowej

MOPS Bydgoszcz  
Ogrodowa 9  
85-043 Bydgoszcz

Przychód zewnętrzny  
**PZ nr**  
**Magazyn:**

Data wysłania:  
Data otrzymania:  
Przeznaczenie:  
Nr i data faktury:

(nazwa firmy)

Poz.	Symbol	Nazwa	Magazyn	Ilość	Jedn.	Cena	Wartość
1							

RAZEM:

Wystawił:

Zatwierdził:

Dostarczył:

Przyjął:

.....

.....

.....

.....