

Załącznik Nr 2
do Instrukcji Magazynowej

MOPS Bydgoszcz
Orodowa 9
85-043 Bydgoszcz

Przychód zewnętrzny
RW nr
Magazyn:

Data: (nazwa firmy)
Przeznaczenie:
Odbiorca:

Poz.	Symbol	Nazwa	Magazyn	Ilość	Jedn.	Cena	Wartość
1							

RAZEM:

Wystawił:

Zatwierdził:

Wydał:

Przyjął:

.....

.....

.....

.....