



Uniwersytet Rzeszowski
Kolegium Nauk Medycznych
CENTRUM SYMULACJI MEDYCZNEJ
ul. Warszawska 26 A, 35-205 Rzeszów
tel. +48 17 872 19 30
csmcm@ur.edu.pl

REWERS

Nazwa sprzętu (typ, nr fabryczny, nr inw., wyposażenie)

.....
.....

Stan techniczny wypożyczanego sprzętu

.....
.....

Nazwisko i imię wypożyczającego

Jednostka

Przy wypożyczeniu poza teren Uczelni (podać adres instytucji wypożyczającej)

.....
.....

Przedmiot zostanie wykorzystany dla celów

.....
.....

Data wypożyczenia

Okres wypożyczenia

.....

.....

Wymieniony sprzęt zobowiązuje się zwrócić w terminie ustalonym, w stanie sprawnym technicznie i kompletnym.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że ponoszę odpowiedzialność materialną za wypożyczony sprzęt w przypadku zgubienia go, uszkodzenia bądź zniszczenia.

Podpis wypożyczającego

Podpis technika przygotowującego sprzęt

.....

.....

Wyrażam zgodę

.....

Podpis Zastępcy Kierownika ds. technicznych

Data zwrotu sprzętu

Stan techniczny zwracanego sprzętu

.....
.....

Podpis technika przyjmującego

Podpis zdającego

.....

.....