**Załącznik Nr 2**

**Do UCHWAŁY Nr 14**

**Zarządu Związku Gmin Dolnej Odry**

**z dnia 19 czerwca 2015 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wydanie** | **Powód zwrotu** |  |
|  | **Data** | **Nr legitymacji** | **Nazwisko i imię** | **Podpis otrzymującego** | **Zmiana nazwiska/ zmiana stanowiska pracy** | **Uszkodzenia, zniszczenia** | **Nieobecność trwająca dłużej niż jeden miesiąc** | **Wygaśnięcie stosunku pracy** | **Utraty (wg oświadcze-nia)** | **Podpis zwracającego** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |