

Zakład Karny /Areszt Śledczy *
w dn. r.

**Wykaz nr.....
przedmiotów niebezpiecznych i niedozwolonych**

Nazwisko i imię, imię ojca

transportowanego do ZK/AŚ* w w dniu

Lp.	Opis przedmiotu	Jm	Ilość	Podpis osadzonego transportowanego
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Po potwierdzeniu prosimy o zwrot jednego egzemplarza

Potwierdzam odbiór powyższych przedmiotów

Magazynier
stopień, imię i nazwisko

Magazynier
stopień, imię i nazwisko

Potwierdzenie przyjęcia przez funkcjonariusza działu ewidencji

stopień, imię i nazwisko

*niepotrzebne skreślić