**Wzór wniosku o nabycie praw własności do zdolności magazynowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane****zainteresowanego nabyciem zdolności magazynowych****(nazwa firmy, adres, e-mail)** | **Dane kontaktowe****zainteresowanego nabyciem zdolności magazynowych****(osoba, nr telefonu, e-mail)** | **Nazwa PMG** | **Ilość pakietów** | **Termin** | **Data ważności oferty** |
| **od** | **do** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że jestem/nie jestem\*) klientem OSM.

………………………………………………………

data, podpis osoby upoważnionej do reprezentacji firmy

\*) niepotrzebne skreślić