**Protokół przekazania powierzchni z dn. ………..2024 r.**

**Dot. Umowy Nr ……… r.**

**Strona przekazująca** – Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie ul. Unii Lubelskiej 1 71-252 Szczecin reprezentowany przez:

…………….

**Strona przyjmująca** –

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

Reprezentowany przez: ……………………………….

Przedmiot przekazania:

Powierzchnia przekazana w związku z realizacją usługi wycinki drzew znajdująca się na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 PUM przy ul. Unii Lubelskiej 1 w dniu …………..przekazuje Wykonawcy powierzchnie związane z realizacją usługi w obszarze znajdują się …………………………………………….…………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

Podstawa: **Umowy Nr ………………………. r.**

**…………………………………… ……………………………….**

**(przyjmujący) (przekazujący)**