WEKSEL WŁASNY IN BLANCO

....................................................….......

(data i miejsce wystawienia weksla)

Dnia .............................................................. zapłacę bez protestu za ten weksel własny na zlecenie

Skarbu Państwa – Ministra Zdrowia z siedzibą w Warszawie

sumę …………………………………………………………………………………………………...

słownie…………………………………………………………………………………………………

Miejsce płatności ……………………………………………………………………………………….

 W imieniu

 …………………………………….………....

 (pełna nazwa Wystawcy weksla i nr w KRS)

 …………………………………………….….

 (funkcja osoby podpisującej weksel)

 …………………………………………...……..

 (czytelny podpis Wystawcy weksla)

 …………………………………………………..

 (PESEL)