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)