

PM	Przekazanie / przyjęcie pozostałego środka trwałego do użytkowania				Nr	
					Data	
Lp.	Nazwa przedmiotu	J.m.	Ilość	Cena jedn.		Nr.inw.
Przekazujący			Przyjmujący			
Nazwa Sekcji, data, podpis			Nazwa Sekcji, data, podpis			

Wprowadzono do ewidencji inwentaryzacyjnej

	PRZYJĘCIE ŚRODKA TRWAŁEGO		OT
	Numer	Data	
Pieczęć			
Nazwa			
Charakterystyka			
Dostawca - Wykonawca	I. Wartość z rozliczenia		
	1. wartość nabycia lub wytworzenia		
Nr i data dowodu dostawy	2. koszty		
	3. koszty		
	Razem		
Miejsce użytkowania	II. Wartość szacunkowa		

	<b>PROTOKÓŁ przekazania - przyjęcia środka trwałego</b>		<b>PT</b>
Pieczęć			
Na podstawie.....			
znak..... z dnia.....200.... rok. przekazuje się			
.....			
Środek trwały o niżej określonych cechach.....			
Symbol klasyfikacji rodzajowej	Ilość załączników	Wartość początkowa	
Nr inwentarzowy		Umorzenie	
Przekazujący ( <i>pieczęć, podpisy</i> )	data	Przejmujący ( <i>pieczęć, podpisy</i> )	

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie 87-800 Włocławek, ul. Kościuszki 26 NIP: 888-19-63-351		<b>ZMIANA WARTOŚCI ŚRODKA TRWAŁEGO</b>		<b>WT</b>
		NUMER	DATA	
NAZWA ŚRODKA TRWAŁEGO				
SYMBOL W KLASYFIKACJI ŚRODKÓW		NUMER INWENTARZOWY		ZMIANA NA DZIEŃ
TYP AMORTYZACJI		STOPA % (PRZED)	STOPA % (PO)	WSPÓLCZYNNIK (PRZED)    WSPÓLCZYNNIK (PO)
WARTOŚĆ PRZED ZMIANĄ (BRUTTO)		WARTOŚĆ ZMIANY		WARTOŚĆ PO ZMIANIE (BRUTTO)
MIEJSCE UŻYTKOWANIA				
PODPIS OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ		PODPIS OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ		IŁOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
UWAGI				

	KWOTA	WNIEN	MA
KWOTA ZMIANY			
SYMBOL KLASYFIKACJI RODZAJOWEJ	STOPA %	STANOWISKO UMORZENIA KOSZTÓW	
NUMER INWENTARZOWY	WSPÓLCZYNNIK		
GŁÓWNY KSIĘGOWY	KSIĘGOWOŚĆ ANALITYCZNA		KSIĘGOWOŚĆ SYNTETYCZNA

LN	Likwidacja pozostałego składnika majątku długotrwałego użytkowania			Nr LN	Data LN
Główny użytkownik				Konto działalności	
Lp.	Nr inwentarzowy	Nazwa składnika majątku	Jednostka miary	Ilość Likwidowana	
				całość	Część
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
Uzasadnienie likwidacji					
.....					
.....					
.....					
Podpis Komisji Likwidacyjnej				Wystawił (data i podpis)	
1..... 2.....					
3..... 4.....					
Zatwierdził				Księgowano	
data i podpis				data i podpis	

Wrocław, dnia.....

Główny użytkownik / komórka org.

**Protokół likwidacyjny Nr..... / .....**  
**pozostałych składników majątku długotrwałego użytkowania**

Lp	Nazwa składnika	Numer inwentarzowy	J.m.	Ilość	Cena	Wartość

## UZASADNIENIE

---



---



---



---



---

Komisja w składzie:

Lp	Imię i Nazwisko	Stanowisko i komórka organizacyjna	Podpis

W załączeniu (właściwe podkreślić)

dowód LN, ekspertyza techniczna, protokół wybrakowania, protokół zużycia, inne .....

<b>L i k w i d a c j a ś r o d k a t r w a ł e g o</b>		<b>LT</b>	<b>Nr LT</b>	<b>Data wystawienia LT</b>
Nazwa i cechy charakterystyczne środka trwałego			Numer inwentarzowy środka trwałego	
Wartość początkowa środka trwałego.	Dotychczasowe umorzenie, w złotych procent umorzenia		Miesiąc i rok rozpoczęcia likwidacji	
Komórka organizacyjna użytkownika		Użytkownik		
		data i podpis		
Zatwierdził		Stanowisko kosztów	Księgowano	
data i podpis			data i podpis	

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie 87-800 Włocławek, ul. Kościuszki 26 NIP: 888-19-63-351		<b>LIKwidACJA CZĘŚCIOWA ŚRODKA TRWAŁEGO</b>		<b>LC</b>
		NUMER	DATA	
NAZWA ŚRODKA TRWAŁEGO				
SYMBOL W KLASYFIKACJI ŚRODKÓW			NUMER INWENTARZOWY	
TYP AMORTYZACJI		STOPA %	WSPÓŁCZYNNIK	
WARTOŚĆ PRZED LIKWIDACJĄ (BRUTTO)		UMORZENIE PRZED LIKWIDACJĄ	WARTOŚĆ LIKWIDOWANA	
WARTOŚĆ PO LIKWIDACJI (BRUTTO)		UMORZENIE PO LIKWIDACJI	WARTOŚĆ PO LIKWIDACJI (NETTO)	
MIEJSCE UŻYTKOWANIA				
PODPISY ZESPOŁU LIKWIDUJĄCEGO			PODPIS OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ	IŁOŚĆ ZAŁĄCZNIKÓW
UWAGI				

	KWOTA	WNIEN	MA
LIKwidOWANA CZĘŚĆ WARTOŚCI NETTO			
LIKwidOWANA CZĘŚĆ UMORZENIA			
CZĘŚĆ PRZYROSTU Z AKT. ODP. LIKWID.			
SYMBOL W KLASYFIKACJI ŚRODKÓW		STOPA %	STANOWISKO UMORZENIA KOSZTÓW
NUMER INWENTARZOWY		WSPÓŁCZYNNIK	
GŁÓWNY KSIĘGOWY	KSIĘGOWOŚĆ ANALITYCZNA		KSIĘGOWOŚĆ SYNTETYCZNA

Wrocław, dnia .....

## PROTOKÓŁ LIKWIDACJI ŚRODKA TRWAŁEGO NR .....

Nazwa i typ środka trwałego .....

Numer inwentarzowy – .....

Numer ewidencyjny użytkownika – .....

Nazwa komórki organizacyjnej – .....

Stanowisko kosztów - .....

Przekazujący-sprzedający – .....

Rok przyjęcia do użytkowania – .....

Uzasadnienie likwidacji środka trwałego przez użytkownika

.....  
 .....

Wartość początkowa środka trwałego .....

Dotychczasowe umorzenie .....

Zużycie środka trwałego w .....

.....  
*podpis głównego użytkownika*

Orzeczenie Komisji Likwidacyjnej –

.....  
 .....

### Komisja Likwidacyjna

Lp.	Imię i nazwisko	Stanowisko służbowe	Komórka organizacyjna	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				

W załączeniu – dowód LT - nr

Zatwierdzam

.....  
 Dyrektor

ZM	Zmiana miejsca użytkowania niskocennego składnika majątku długotrwałego użytkowania			Nr ZM
				Data ZM
Lp.	Nr inwentarzowy	Nazwa składnika majątku	Ilość	Jednostka miary
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
SKĄD			DOKĄD	
Dział, Sekcja, Placówka, Rejon.			Dział, Sekcja, Placówka, Rejon.	
Osoba odpowiedzialna			Osoba odpowiedzialna	
Przekazał		Przekazał	Przyjął	
Księgowano				
data i podpis		data i podpis	data i podpis	
			data i podpis	

Zmiana miejsca użytkowania niskocennego składnika majątku długotrwałego użytkowania		ZM	Nr ZM	Data wystawienia ZM
Nazwa składnika majątku			Numer inwentarzowy składnika majątku	
Ilość	Jednostka miary	Data zmiany miejsca użytkowania składnika		
SKĄD		DOKĄD		
Dział, Sekcja, Placówka, Rejon.		Dział, Sekcja, Placówka, Rejon.		
Osoba odpowiedzialna		Osoba odpowiedzialna		
Przekazał	Przekazał	Przyjął	Księgowano	
data i podpis	data i podpis	data i podpis	data i podpis	

Zmiana miejsca użytkowania środka trwałego		MT	Nr MT	Data wystawienia MT
Nazwa środka trwałego			Numer inwentarzowy środka trwałego	
Wartość początkowa środka trwałego.		Dotychczasowe umorzenie (w złotych)	Data zmiany miejsca użytkowania środka trwałego	
SKĄD			DOKĄD	
Dział, Sekcja, Placówka, Rejon.		Dział, Sekcja, Placówka, Rejon.		
Stanowisko kosztów		Stanowisko kosztów		
Osoba odpowiedzialna		Osoba odpowiedzialna		
Przekazał		Przekazał	Przyjął	Księgowano
data i podpis		data i podpis	data i podpis	data i podpis