****

**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA WŁOSÓW**

W dniu…………………… Pan/Pani….................................................................................................. zamieszkały/a……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………nr dowodu …………………………………….. przekazał/a włosy Klinice Włosów Hair LAB z siedzibą w Warszawie przy ul. Rzymowskiego 31, NIP 7321198908 w ramach akcji „Podziel się dzieciństwem”. Ścięte włosy zostaną wykorzystane do wykonania uzupełnień dla podopiecznych Fundacji Herosi.

Data i podpis osoby przekazującej Data i podpis osoby odbierającej

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