Załącznik Nr 9
do Instrukcji Inwentaryzacyjnej

Potwierdzenie salda

ODCINEK A

NADAWCA:

Gmina Miasto Częstochowa

Ślaska 11/13
42-217 Częstochowa
NIP: 5732745883

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Polskiej Organizacji Wojskowej 2
42-217 Częstochowa

ODBIORCA:

.....
.....
.....

Na podstawie art.26 Ustawy o rachunkowości z dnia 29.09.1994r. (Dz.U. 2021 poz.217) wzywamy Was do potwierdzenia w terminie 10 dni na ODCINKU B zgodności następujących sald figurujących w naszych księgach na dzień ..... Zgodnie z nowymi przepisami do potwierdzania sald nie można stosować tzw. akceptu milczącego.

Numer dokumentu	Data dokumentu	Na dobro	
		NASZE	WASZE
Razem		**0,00**	**0,00**

	Na dobro	
	NASZE	**WASZE**
Saldo	**0,00**	**0,00**

Data:

.....

Podpis/pieczęć:

.....

Potwierdzenie salda

ODCINEK B

NADAWCA:

.....
.....
.....

ODBIORCA:

Gmina Miasto Częstochowa

Ślaska 11/13
42-217 Częstochowa
NIP: 5732745883

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

Polskiej Organizacji Wojskowej 2
42-217 Częstochowa

Potwierdzamy saldo figurujące w Waszych księgach na dzień ..... .

Numer dokumentu	Data dokumentu	Na dobro	
		WASZE	NASZE
Razem		**0,00**	**0,00**

	Na dobro	
	WASZE	**NASZE**
Saldo	**0,00**	**0,00**

Data: Podpis/pieczęć:

....

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczyk

Potwierdzenie salda