|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ ODBIORU SPRZĘTU** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data sporządzenia protokołu:** |  |
| **Dotyczy Umowy nr:** |  |
| **Nazwa i adres Wykonawcy:** |  |
| **Miejsce Lokalizacji:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPECYFIKACJA SPRZĘTU** | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa zgodna ze specyfikacją techniczną/Producent/Model urządzenia** | **Liczba sztuk** | **Nr fabryczny** | **Uwagi** |
| 1. 1 |  |  |  |  |

Upoważnieni przedstawiciele Stron złożonymi pod niniejszym protokołem podpisami zgodnie oświadczają, że:

1. Zakup zrealizowano zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 1A.\_\_\_ do SIWZ dla zadania nr ………
2. TAK / NIE 1
3. Wraz z protokołem przekazane zostały następujące dokumenty:
   1. Dokumentacja techniczna w j. polskim
   2. Instrukcja obsługi dla Użytkownika w j. polskim

1 Niepotrzebne skreślić

2W przypadku kiedy użyto „nie” następuje brak odbioru.

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć Wykonawcy | Podpis Wykonawcy |
| Pieczęć Sekcji Aparatury i Sprzętu Medycznego SPWSZ | Podpis i pieczątka |
| Pieczęć Miejsca Lokalizacji SPWSZ | Podpis i pieczątka przedstawiciela  SPWSZ w Miejscu Lokalizacji |