**Załącznik nr 3**

|  |
| --- |
|  |
| **PROTOKÓŁ ODBIORU, INSTALACJI I URUCHOMIENIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |

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

1. Dostarczony Sprzęt jest zgodny z Umową, a jego parametry są zgodne z określonymi w „Specyfikacji Technicznej Sprzętu” stanowiącej Załącznik nr 2A, 2B, 2C, 2D

TAK / NIE 1,2

1. Dostarczony Sprzęt jest fabrycznie nowy i nie nosi śladów uszkodzeń zewnętrznych oraz uprzedniego używania.

TAK / NIE 1,2

1. Wraz z protokołem przekazane zostały następujące dokumenty:
	1. Dokumentacja techniczna w j. polskim
	2. Instrukcja obsługi dla Użytkownika w j. polskim
	3. Dokument producenta z wyszczególnieniem czynności wykonywanych podczas przeglądów.
2. Ewentualne uwagi:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1 Niepotrzebne skreślić

2 W 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 |