

Załącznik nr7 do SIWZ oraz 2 do umowy

WZÓR PROTOKOŁU PRZEKAZANIA TOWARU

Odbiorca:

Szpital Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie

ul. Generała Józefa Bema 24, 11-600 Węgorzewo

KRS: 0000019406

REGON: 790240956

NIP: 845-11-47-643

Przekazujący:

Realizacja zgodna z umową nr

Data przyjęcia

Nazwa urządzenia

Ilość

Typ urządzenia

Numer fabryczny

Rok produkcji

Producent

Z urządzeniem przekazano następujące wyposażenie:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Uwagi:.....
.....
.....

Szkolenie -dotyczy/nie dotyczy *

.....

.....

Odbiorca

Przekazujący

*skreślić niepotrzebne