

**Załącznik nr 7 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 na podstawie umowy nr** .....

**Data przyjęcia** .....

**Załącznik /1/**

**Nazwa urzędnika** .....

**Ilość** .....

**Typ urzędnika** .....

**Numer fabryczny** .....

**Rok produkcji** .....

**Producent** .....

**Z urzędzeniem przekazano następujące wyposażenie:**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Uwagi:.....

.....

.....

Uwagi dotyczące przeszkolenia:.....

Załącznik /1a/

**Nazwa urządzenia** .....

**Ilość** .....

**Typ urządzenia**.....

**Numer fabryczny** .....

**Rok produkcji** .....

**Producent** .....

Z urządzeniem przekazano następujące wyposażenie:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Uwagi:.....

.....

.....

Uwagi dotyczące przeszkolenia:.....

Załącznik /1b/

**Nazwa urządzenia** .....

**Ilość** .....

**Typ urządzenia**.....

**Numer fabryczny** .....

**Rok produkcji** .....

**Producent** .....

Z urządzeniem przekazano następujące wyposażenie:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Uwagi:.....

.....

.....

Uwagi dotyczące przeszkolenia:.....

Załącznik /1c/

**Nazwa urządzenia** .....

**Ilość** .....

**Typ urządzenia**.....

**Numer fabryczny** .....

**Rok produkcji** .....

**Producent** .....

Z urządzeniem przekazano następujące wyposażenie:

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

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

Uwagi dotyczące przeszkolenia:.....

Uwagi końcowe:

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

.....

Odbiorca

.....

Przekazujący