

**PROTOKÓŁ WYKONANIA USŁUGI OCHRONY ODDZIAŁU i
SP ZOZ SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W TOSZKU
z dnia**

Dotyczy miesiąca:roku

Nazwa obiektu: SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek

Numer umowy:

Zleceniodawca: SP ZOZ Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek

Zleceniobiorca:

UWAGI: do procedury zawartej w przedmiocie zamówienia;

- właściwy ubiór	tak / nie
- środki ochrony (w sytuacjach szczególnych)	tak /nie/nie dotyczy
- identyfikator	tak /nie
- sygnalizator osobisty	tak /nie
- system komunikacji	tak /nie
- spotkanie z Kierownikiem pierwsze w miesiącu	tak /nie
- spotkanie z Kierownikiem drugie w miesiącu	tak /nie
- przekazywanie dziennych raportów	tak /nie
- przekazanie wykazu osób wykonywających usługę w danym miesiącu lub grafik wykonania	tak /nie

UWAGI: do wykonanego przedmiotu zamówienia ;

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

Na podstawie bieżącej obserwacji Zleceniodawca stwierdza, że świadczenie usługi ochrony, zgodnie
zakresem przedstawionym w umowie nr. został wykonany **należycie /nienależycie***

Komisja w składzie:

imię i nazwisko

stanowisko pracy

podpis

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* niewłaściwe skreślić

Wykaz osób wykonujących usługę w danym miesiącu;

lp.	imię nazwisko		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

.....

data

.....

podpis