Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego

**PROTOKÓL ODBIORU**

Dostawa w ramach umowy nr **/2024** z dnia

**Zamawiający:**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego   
ul. Koszarowej 5,**

**Wrocław 51–149**

**NIP: 895-16-31-106**

**Wykonawca:**

Zamówienie nr -

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa asortymentu | Ilość |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

W dniu dokonano odbiorupowyżej wymienionego asortymentu.

Zleceniodawca potwierdza, że dostawa została wykonana terminowo i należycie, tzn. zgodnie z zawarta umową.

**PRZEDSTAWICIEL ZAMAWIAJĄCEGO**

**PRZEDSTAWICIEL WYKONAWCY**

W czasie odbioru stwierdzono następujące wady i braki:

Które powinny zostać usunięte w terminie do dnia:

**PRZEDSTAWICIEL ZAMAWIAJĄCEGO**

**PRZEDSTAWICIEL WYKONAWCY**