Załącznik nr 5   
Znak sprawy: ZO/ 63 /AP.MED /23

**PROTOKÓŁ ZAKOŃCZENIA MONTAŻU MECHANICZNEGO I URUCHOMIENIA**

**dotyczy Umowy nr**  **/2023**

**z dnia …………………………….………**

Miejsce odbioru: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, 51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5

Data odbioru……………………. 2023 r.

**Zamawiający :**

Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego, 51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5

Przedstawiciel Kupującego – odbierający:

Pełnomocnik -

**Wykonawca:**

**………………….** z siedzibą w …………….(adres ……………………), NIP: …………………..

**Urządzenie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot odbioru** | **Ilość** | **Numer seryjny  (jeżeli dotyczy)** |
| 1. | Zakup RTG stomatologiczny z radiografią cyfrową z wyposażeniem dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu. |  |  |

**Przedstawiciel/e Zamawiający Przedstawiciel/e Wykonawcy**