

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 odbioru powyżej wymienionego asortymentu.

Zleceniodawca potwierdza, że dostawa została wykonana terminowo i należyście, tzn. zgodnie z zawartą 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