|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3a do SWZ** |
|  |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.67.2021 |
|  |
| **DOTYCZY (PRZEKAZANIA) - PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO** |

 **Miejsce realizacji**

 **Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

 50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

 tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

**Proszę o przekazanie sprzętu medycznego nr umowy:**

**………pełny numer umowy……………….**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** |  |  |  |

***Wykonawca***  ***………………………………………………***

***Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ……………………………………………***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………………………………..***

 ***Data przekazania/odbioru sprzętu i podpis***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3b do SWZ** |
|  |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.67.2021 |
|  |
| **DOTYCZY ( ZUŻYCIA ) - PROTOKÓŁ ZUŻYCIA JEDNORAZOWEGO SPRZĘTU** **DO ZABIEGU** |



**Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

 50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

 tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………... / fax………………..

Uprzejmie informuję, że dnia…………..zostały zużycie:

 - Numer historii choroby

* Ilość i rodzaj
* Numer seryjny zużytego sprzętu

**Miejsce na fiszki (nalepki):**

Proszę o uzupełnienie stanu magazynowego oraz o wystawienie faktury VAT za w/w produkt/-ty

***…………………… ……………………………………… data*** podpis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3b do SWZ** |
|  |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.67.2021 |
|  |
| **DOTYCZY (ODBIORU) - PROTOKÓŁ ODBIORU TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO** |

 **Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy:** *Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu*

tel………………... / fax………………..

**Proszę o odbiór sprzętu medycznego nr umowy:**

*………pełny numer umowy……………….*

|  |
| --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** |  |  |  |

***……………………………………………………….***

 ***Data odbioru sprzętu***

***Wykonawca ………………….………………… podpis***

***Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ……………………………………….podpis***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………… ………………podpis***