**ZP/220/89/21 Załącznik nr 1 do umowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Protokół zdawczo-odbiorczy** | **Do Umowy …………….** |

**Sporządzony dnia**……………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA:** | **ZAMAWIAJĄCY:** |
|  | Samodzielny Publiczny  Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie  Al. Powstańców Wielkopolskich 72  70-111 Szczecin |

**Miejsce wykonania przedmiotu umowy:**

❑ odbioru …………………..

(data)

❑instalacji urządzenia ……………………

(data)

❑montażu ……………………

(data)

❑wdrożenia ……………………

(data)

Zestawienie odebranych urządzeń:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Producent | Numer fabryczny |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |

**Zamawiający przyjmuje przedmiot umowy bez zastrzeżeń / z zastrzeżeniami**

Uwagi:……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYKONAWCA:** | **ZAMAWIAJĄCY:** | |
| Imię nazwisko/ Pieczątka imienna/ Podpis | Osoba odpowiedzialna za sporządzenie opisu przedmiotu zamówienia | Pracownik działu merytorycznego SPSK-2 |

**II. WYPEŁNIA DZIAŁ MERYTORYCZNY SPSK-2**

Dostarczony sprzęt został zainstalowany i przygotowany do eksploatacji.

Stan ilościowy urządzeń i załączonych akcesoriów został sprawdzony i jest/nie jest zgodny z wykazem.

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Dostarczony sprzęt jest samodzielnie pracującym urządzeniem TAK/NIE\*

\* stanowi element urządzenia………………………………………………………………

Sprzęt przekazany do użytkowania: ………………………………………………….

(data)

……………………………………………………. …. ……………………………………………………

(potwierdzenie pracownika działu merytorycznego SPSK-2) (podpis kierownika jednostki organizacyjnej SPSK-2)