**PROTOKÓŁ ODBIORU**

**WYKONAWCA:**

……………………………………………

**ZAMAWIAJĄCY:**

UNIWERSYSTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU

UL. JANA KILIŃSKIEGO 1

15-089 BIAŁYSTOK

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE TOWARU DOSTARCZONEGO W DNIU: ………………

NR UMOWY: **AZP………………………..** Z DNIA ………………………….

TERMIN REALIZACJI DO: …………….dni roboczych od dnia zawarcia Umowy

WARTOŚĆ UMOWY: ………………….. zł

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PRZEDMIOT UMOWY** | **ILOŚĆ** | **NR SERYJNY** |
| 1 | **Router sieciowy AP** | **50** |  |

**WYKONAWCA** ……………………..................................

**ZAMAWIAJĄCY**……………………..................................