Załącznik nr 7  
 Znak sprawy: ZO/17/AP.MED/24

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY Z PRZEKAZANIA NARZĘDZI DO EKSPLOATACJI**

**dotyczy Umowy nr**  **/2024**

**Z DNIA …………………………….………**

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

Data odbioru ……………………. 2024 r.

**Zamawiający :** Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego, 51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5 we Wrocławiu

Przedstawiciel Kupującego – odbierający:

Pełnomocnik -

**Wykonawca:**

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

Przedstawiciel Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………….

**Użytkownik sprzętu:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego,

51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5

**Kupujący potwierdza wykonanie przez Sprzedającego następujących prac:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot uruchomienia:** | **TAK/NIE** | **Data** | **Uwagi** |
| 1. | Zakup narzędzi do Bloku Operacyjnego i Oddziału V |  |  |  |

* + - 1. **Do Protokołu załączono dokumenty:**
      * Warunki gwarancji,
      * Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE na produkt​y zgodne z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE) w j. polskim Zgłoszenie wyrobu do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych,
      * Wykaz autoryzowanych punktów serwisowych i dostawcy części zamiennych,
      1. Kupujący potwierdza, że Sprzedający wywiązał się ze swoich obowiązków z należytą starannością, a dostarczony przedmiot zamówienia spełnia wymagania Kupującego.
      2. Uwagi:

…………………………………….,

……………………………………..

Protokół odbioru sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Kupującego i jeden dla Sprzedającego.

**Przedstawiciel/Zamawiającego Przedstawiciel/e Wykonawcy**

**Zatwierdzam:**

**Pełnomocnik Zamawiającego**