

PROTOKÓŁ KONTROLI

POZNAŃ, dnia r.

.....
(pieczęć placówki medycznej)

PROTOKÓŁ Nr /...../
z przeprowadzonej w dniu kontroli jakości świadczonych
usług kompleksowego utrzymania czystości w obiekcie Zamawiającego
(Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych)

GODZINA ROZPOCZĘCIA KONTROLI:	
GODZINA ZAKOŃCZENIA KONTROLI:	

I. MIEJSCE DOKONANIA KONTROLI:

1.
.....
.....

II. IMIĘ I NAZWISKO OSÓB PRZEPROWADZAJĄCYCH KONTROLĘ ORAZ STANOWISKO SŁUŻBOWE:

Ze strony Zamawiającego

1.
2.
3.
4.

Ze strony Wykonawcy

1.
2.

Nr pomieszczenia	Szczegółowy opis

[illegible]