

PROTOKÓŁ
z odbioru / odbioru częściowego/ szkolenia *

Spisany w dniu pomiędzy:

Wykonawcą:
(nazwa firmy i adres siedziby)

reprezentowanym przez: 1:,

2:,

1.1. a Zamawiającym: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

.....
(Odbiorca i adres dostawy)

reprezentowanym przez:

1.

2:

W sprawie odbioru / odbioru częściowego/ szkolenia*:

.....
.....
.....
.....

(nazwa urządzenia, numer seryjny)

Wykonawca udziela użytkownikowi gwarancji na okres miesięcy do dnia

Bezpłatne szkolenie i instruktaż w zakresie obsługi Urządzenia/Urządzeń udzielono: **tak / nie / nie dotyczy**

Następującym osobom: 1:..... 2:

Czy szkolenie zostało przeprowadzone prawidłowo i w pełnym zakresie? **tak / nie / nie dotyczy**

Dostarczono instrukcję obsługi w języku polskim: **tak / nie / nie dotyczy**

Dostarczono instrukcję obsługi w języku angielskim: **tak / nie / nie dotyczy**

Dostarczono karty gwarancyjne urządzeń **tak / nie / nie dotyczy**

Uwagi:

.....
.....

PODPIS PRZEDSTAWICIELI WYKONAWCY:

1:

2:

PODPIS PRZEDSTAWICIELI ZAMAWIAJĄCEGO:

1:

2:



Rzeczpospolita
Polska



Centralny Zintegrowany
Szpital Kliniczny

*niepotrzebne skreślić



Rzeczpospolita
Polska



Centralny Zintegrowany
Szpital Kliniczny