**Załącznik do umowy**

| **Dom Pomocy Społecznej im. Bł. Abp A. J. Nowowiejskiego w Brwilnie, ul. Płocka 90, 09-400 Płock**<br>**Miejsce przyjęcia-Magazyn spożywczy** | | | **Karta kontroli przyjęcia towaru** | | | miesiąc/ rok: ……..**2025**<br>Krytyczny punkt kontroli-przyjęcia artkułów spożywczych | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L.p. | Data | Dokument dostawy | Sprawdzenie zawartości dostawy Z/N | Uwagi | Decyzja P/N | Podpis przyjmującego | Podpis Dostawcy/ Wykonawcy |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |