***Załącznik do umowy***

**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA**

# do umowy nr …………………....………………

1. Data przekazania: ………………………
2. **Zamawiający:** Ortopedyczno - Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im .Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. 28 Czerwca 1956r. nr 135/147,  
   61-545 Poznań, NIP: 783-14-97-917.

## Wykonawca:

………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………………...…

1. Przedmiot umowy:

………………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………………...…

(nazwa, typ, numery seryjne, ilość)

1. Informacja ostanie technicznym urządzenia: …………………………………………………………
2. Producent: ………..………………………………………………………........................................
3. Rok produkcji: ………………..
4. Uwagi: ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Podpisy upoważnionych przedstawicieli:

Zamawiający:……………….…… Wykonawca:……………………….…

***Załącznik do umowy***

LISTA OSÓB PRZESZKOLONYCH WZAKRESIE OBSŁUGI PRZEDMIOTU UMOWY

Data szkolenia:………………………………………………………………………………..

Nazwa aparatury medycznej:…………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Podpis |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Szkolenie przeprowadził(a): ………………………………………………………….……………………………

(pieczęć i podpis)

***Załącznik do umowy***

**Protokół potwierdzający prawidłowe wykonanie przedmiotu umowy  
nr …………………………**

**Zamawiający:** Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. 28 Czerwca 1956r. nr 135/147, 61-545 Poznań

**Wykonawca:** ……………………………………………………..………………………………..

Niniejszym, potwierdza się prawidłowe wykonanie przez Wykonawcę przedmiotu umowy nr   
………………………………. za okres: …………………

1. Dostępność sprzętu – bez zastrzeżeń / zastrzeżenia\*

Opis ewentualnych zastrzeżeń:

|  |
| --- |
|  |

*\*Niepotrzebne skreślić*

………..……………………………… ……………………………………

Akceptacja przedstawiciela Wykonawcy Akceptacja przedstawiciela Zamawiającego