**PROTOKÓŁ ODBIORU DOSTAWY / USŁUG**

**Miejsce dokonania odbioru**: Samodzielny Publiczny Specjalistyczny

Szpital Zachodni im. św . Jana Pawła II

05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

**Data dokonania odbioru**: …………………………………………………………………….........................…………

**Ze strony Wykonawcy**: ……..……………………………………………………………....................................

(nazwa i adres)

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do udziału w odbiorze)

**Ze strony Zamawiającego**:

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

(imię i nazwisko osoby upoważnionej do udziału w odbiorze)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Urządzenie | | | | Usługa | Uwagi |
| Nazwa/rodzaj | Producent | Model | Nr seryjny |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Potwierdzenie kompletności dostawy/usługi:**

* 1. TAK\*
  2. NIE\* zastrzeżenia:……………………………………………………................……………………………………

Potwierdzenie zgodności jakości przyjmowanej dostawy / usługi z parametrami (funkcjonalnością zaoferowaną w ofercie):

1. Zgodne\*
2. Niezgodne\*

zastrzeżenia:………………………………………….......……………………...............................………………………

**Końcowy wynik odbioru:**

* Pozytywny\*
* Negatywny\*

zastrzeżenia:……………………………………………………………………..................................……………………

Uwagi: ……………………………………………………………………………...................................………………..

**Podpisy:**

Ze strony Zamawiającego: Ze strony Wykonawcy:

1. ............................................................ 1. …………………………………………..………

2. ............................................................ 2…………………………………………………….

\* -niewłaściwe proszę skreślić