**Załącznik nr 1 – wzór protokołu odbioru**

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

1. Wykonawca: ..........................................................................................
2. Specyfikacja przekazywanego sprzętu, zgodnie z umową nr 99/TP/2023

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Model** | **Numer seryjny** | **Lokalizacja urządzenia** |
|  | Kolorowe urządzenie wielofunkcyjne A3 (11 sztuk) |  |  | Archiwum medyczne |
|  |  | Biurowiec – Korytarz bliżej |
|  |  | Biurowiec – Korytarz dalej |
|  |  | Biurowiec - Sekretariat |
|  |  | Pracownia Endoskopii |
|  |  | Oddział Okulistyczny - gabinet |
|  |  | Dział Jakości |
|  |  | SOR - oddziałowa |
|  |  | SOR - Rejestracja |
|  |  | Laboratorium |
|  |  | Patomorfologia |
|  | Kolorowe urządzenie wielofunkcyjne A4 (36 sztuk) |  |  | SOR Koordynująca |
|  |  | Ginekologia Sekretariat |
|  |  | Oddział Neurologiczny |
|  |  | Oddział Hematologiczny |
|  |  | Sekretariat Neonatologia |
|  |  | Oddział Urologiczny |
|  |  | Oddział Kardiologiczny Sekretariat |
|  |  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
|  |  | Oddział Chirurgii Dziecięcej |
|  |  | Oddział Rehabilitacji Dziennej |
|  |  | Oddział Pediatryczny |
|  |  | Informacja Ogólna - wejście główne |
|  |  | Oddział Nefrologiczny |
|  |  | Blok Operacyjny |
|  |  | Poradnia Onkologiczna |
|  |  | Oddział Neurochirurgiczny |
|  |  | Oddział Wewnętrzny |
|  |  | Poradnia Chirurgii Ogólnej Dzieci |
|  |  | Punkt Przyjęć Planowych SOR |
|  |  | Oddział Urazowo-Ortopedyczny |
|  |  | Diagnostyka Obrazowa |
|  |  | Oddział Rehabilitacji i Rehabilitacji Neurologicznej |
|  |  | Sekretariat Chirurgia Ogólna |
|  |  | Oddział Okulistyczny - Sekretariat |
|  |  | Oddział Chirurgii Naczyniowej |
|  |  | Oddział Onkologiczny |
|  |  | Oddział Dermatologiczny |
|  |  | Poradnia Patologii Ciąży |
|  |  | Poradnia Chirurgii Ogólnej |
|  |  | Oddział Chirurgii Ogólnej – Lekarski |
|  |  | Oddział Wewnętrzny – Lekarski |
|  |  | Oddział Neurologiczny |
|  |  | Mikrobiologia |
|  |  | Oddział Onkologii / Chemioterapii – drugi sekretariat |
|  |  | Rejestracja Poradni Specjalistycznych |
|  |  | Sanatorium Ustka |

1. Data odbioru: ......................
2. Miejsce odbioru:   
   **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku Sp. z o. o., ul. Hubalczyków 1, 76-200 Słupsk**
3. W dniu ............... przeprowadzono szkolenie personelu Zamawiającego w zakresie użytkowania przedmiotu zamówienia.  
   Lista uczestników szkolenia:
4. ..............................................................
5. ..............................................................
6. .............................................................
7. Protokół sporządzono w 2 egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

**Przedstawiciel Zamawiającego Przedstawiciel Wykonawcy**

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