|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………….., | dnia …………….. |
| miejscowość |  |

**PROTOKÓŁ**

**z przeprowadzenia usługi zabezpieczenia medycznego do szkolenia**

**spadochronowo – desantowego**

1. Data przeprowadzonego odbioru: ………………………………………………………………………………
2. Miejsce przeprowadzenia odbioru: ……………………………………….……………………………………
3. Osoby uczestniczące :

Przedstawiciel Zamawiającego: …………………………………………………...……………………………..

Przedstawiciel Wykonawcy: ………………………………………………………………..………………………

1. Nazwa usługi : zabezpieczenie medyczne do szkolenia spadochronowo – desantowego
2. Termin przeprowadzenia usługi: …………………………………………………………………………………
3. Wnioski dot. zgodności przeprowadzonego szkolenia z Umową:

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

1. Decyzja o odbiorze usługi lub jej nieodebraniu:

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

|  |  |
| --- | --- |
| WYKONAWCA……………………. | ZAMAWIAJĄCY………………………. |
|  podpis czytelny |  podpis czytelny |