Białystok, dn. …………… r.

**UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**w Białymstoku**

**15-089 Białystok**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

##### PROTOKÓŁ ODBIORU

Nazwa przedmiotu zamówienia

Numer umowy:

Sprzedający:

Producent / kraj producenta / rok produkcji:

Miejsce dostawy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wyposażenia / typ / model | Ilość | Nr seryjny |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Strony stwierdzają, że przedmiot zamówienia:

- dostarczono dnia ………………..., zainstalowano dnia ………………………...

- pracuje prawidłowo / nieprawidłowo i wnoszą następujące zastrzeżenia\*)

Nie stwierdzono braków ilościowych / stwierdzono następujące braki ilościowe\*)

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

Wdrożenia instrukcji stanowiskowej dokonano / nie dokonano\*)

Karty gwarancyjne w języku polskim dostarczono / nie dostarczono\*)

Termin gwarancji na przedmiot zamówienia (…………. miesięcy) upływa dnia: ……………………… r.

Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum w ciągu 3 dni roboczych od potwierdzonego zgłoszenia usterki (soboty, niedziele i dni świąteczne ustawowo wolne od pracy nie są dniami roboczymi).

Wymiana całego podzespołu na nowy po 3 naprawach gwarancyjnych tego podzespołu.

bezpłatny(-e) przegląd(-y) gwarancyjny(-e) urządzenia rocznie. W przypadku, gdy producent urządzenia wymaga większej ilości przeglądów w ciągu roku, to koszty tych przeglądów pokryje Wykonawca.

Wykonawca przedmiotu zamówienia: Przyjęli ze strony UMB:

(Podpis i pieczątka)

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

Podpis i pieczątka Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)

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

Podpis osoby odpowiedzialnej (lub upoważnionej)

za realizację przedmiotu zamówienia z Działu Zaopatrzenia