…………………………………..

(miejscowość, data)

…………………………………..

(pieczęć Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Protokół dostawy**  **(wzór)** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres miejsca dostawy:** | Zgodnie z rozdzielnikiem ilościowo miejscowym (zał. nr …..). |

W dniu …………………….. 2024 r. dokonano odbioru ilościowego następującego sprzętu zgodnie z poniższym wykazem:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Ilość** |
| **Zestaw medyczny z wyposażeniem**  Producent: …………………………………………………………………………………………… |  |

**Potwierdzam:**

**Tak/nie \* -** dostarczenie zestawów medycznych, zgodnie z miejscem ich dostawy;

**Przedmiot umowy został odebrany bez zastrzeżeń / z zastrzeżeniami\*:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Przekazał: Odebrał:**

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

(data, czytelny podpis, pieczątka Wykonawcy) (data, czytelny podpis i pieczęć przedstawiciela Zamawiającego)

\* - niewłaściwe skreślić