

PROTOKÓŁ
z odbioru / odbioru częściowego/ szkolenia *

Spisany w dniu pomiędzy:

Wykonawcą:

(nazwa firmy i adres siedziby)

reprezentowanym przez: 1:,

2:,

a Zamawiającym: Uniwersytecki Szpital Kliniczny

.....

(Odbiorca i adres dostawy)

reprezentowanym przez:

1.

2:

W sprawie odbioru / odbioru częściowego/ szkolenia*:

.....
.....

(nazwa urządzenia, numer seryjny)

Wykonawca udziela użytkownikowi gwarancji na okres miesięcy do dnia *
(nie dotyczy odbiorów częściowych).

Bezpłatne szkolenie i instruktaż w zakresie obsługi Urządzenia/Urządzeń udzielono: **tak / nie / nie dotyczy***

Następującym osobom:

1:.....

2:

Czy szkolenie zostało przeprowadzone prawidłowo i w pełnym zakresie? **tak / nie / nie dotyczy***

Dostarczono instrukcję obsługi w języku polskim: **tak / nie / nie dotyczy***

Dostarczono instrukcję obsługi w języku angielskim: **tak / nie / nie dotyczy***

Dostarczono karty gwarancyjne urządzeń **tak / nie / nie dotyczy***

Uwagi:

PODPIS WYKONAWCY:

1:

2:

PODPIS ZAMAWIAJĄCEGO:

1:

2:

*niepotrzebne skreślić



Rzeczpospolita
Polska



Centralny Zintegrowany
Szpital Kliniczny