Załącznik Nr 3

Świętoszów, dn.……………r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUGI**

Stwierdzam, że usługa polegająca na wykonaniu przeglądu technicznego niżej wymienionego sprzętu medycznego została wykonana terminowo  
 i bez uwag.

**JW2399 ŚWIĘTOSZÓW (batalion dowodzenia)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa i szczegółowy opis przedmiotu zamówienia** | **producent, typ, model** | **rok produkcji** | **j.m.** | **ilość** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | Chłodziarka farmaceutyczna | LABCOLD, TYP RLDF 0519, nr 19800897\_9000071 | 2019 | szt | 1 |
| 2. | Chłodziarka farmaceutyczna | LABCOLD, TYP RLDF 0519, nr 19800897\_9000058 | 2019 | szt | 1 |
| 3. | Pulsoksymetr OxyTrue | OxyTrue, nr 90800210 | b/d | szt | 1 |
| 4. | Pulsoksymetr (Nonin) + torba ochronna | NONIN MEDICAL, nr fabr. 102904229 | b/d | szt | 1 |

**Potwierdzenie wykonania usługi:**

**………………………………**