|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ ODBIORU** |
| **SPORZĄDZONY W DNIU** |  |
| **ZAMAWIAJĄCY** | “Kutnowski Szpital Samorządowy” Sp. z o.o. |
| **WYKONAWCA** |  |
| **NUMER UMOWY** |  |
| **PRZEDMIOT WYKONANIA UMOWY** |  |

|  |
| --- |
| **PRZEDMIOT ODBIORU** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa produktu** | **Liczba** | **Data przekazania do odbioru** |
|  |  |  |  |

 |
| **WYNIK ODBIORU** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot odbioru zostaje odebrany | TAK / NIE\* |
| Przedmiot odbioru zostaje odrzucony z uwagami | TAK / NIE\* |
| Przedmiot odbioru zostaje całkowicie odrzucony | TAK/ NIE\* |

 |
| **LISTA UWAG** |
| 1. ……………………………
2. ……………………………
 |

|  |
| --- |
| **UCZESTNICY ODBIORU** |
| **ZAMAWIAJĄCY** | **WYKONAWCA** |
| ……………………………………………………( imię, nazwisko, podpis) | ……………………………………………………(imię, nazwisko, podpis) |

(\*niepotrzebne skreślić)