**DZP/PN/18/1/2025 Załącznik nr 9 do SWZ**

Zawiercie, ………………2025 r.

**PROTOKÓŁ ZE SZKOLENIA PERSONELU**

ZAMAWIAJĄCY: Szpital Powiatowy w Zawierciu ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie

reprezentowany przez: …………………………………………………………………………………………………………,

1. Potwierdza przeprowadzenie szkolenia przez WYKONAWCĘ: …………………..……………………………………………………………………………………………,

reprezentowanego przez:……………………………………………………………………………………………………..,

wynikającego z zobowiązań wynikających z umowy nr ………………./2025, zawartej w dniu ……………… 2025 r.,   
nr referencyjny postępowania w trybie podstawowym: **DZP/PN/18/1/2025** w zakresie dostawy produktów leczniczych – pakiet 7.

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

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

(nazwa, nr seryjny/fabryczny)

w ilości ……………..osób w zakresie obsługi Przedmiotu użyczenia.

1. Niniejszy Protokół został sporządzony w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Uwagi:

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

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**