PROTOKÓŁ SZKOLENIA

DO UMOWY NR …………………………………

1. **Miejsce szkolenia:** Szpital w Kamieniu Pomorskim Sp. z o.o.

**Ul.** Szpitalna 10, 72-400 Kamień Pomorski

1. Data rozpoczęcia szkolenia: ........................................

Data zakończenia szkolenia: ........................................

1. **Zakres szkolenia:**

.........................................................................................................................

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

1. **Osoby uczestniczące w szkoleniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Podpis |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

1. **Uwagi i zastrzeżenia:**

...................................................................................................................................................

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

1. **Zamawiający potwierdza przeszkolenie użytkowników w zakresie obsługi i zasad eksploatacji dostarczonego sprzętu.**

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

Wykonawca Zamawiający

……………………….. ……………………………………..