|  |
| --- |
|  **Załącznik nr 7 do SIWZ** |
| **PROTOKÓŁ ODBIORU MAGAZYNU I TRANSPORTU DO MAGAZYNU**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data sporządzenia protokołu:** |  |
| **Dotyczy Umowy nr:** |  |
| **Nazwa i adres Wykonawcy:** |  |
| **Miejsce Lokalizacji:** |  |

1. **Najem magazynu**

|  |
| --- |
| **Charakterystyka magazynu** |
| **Adres magazynu** | **Powierzchnia magazynowa ( m2 )** |
|  |  |

Upoważnieni przedstawiciele Stron złożonymi pod niniejszym protokołem podpisami zgodnie oświadczają, że:

1. Najem magazynu zgodnie z warunkami określonymi w Umowie.

TAK / NIE 1,2

1. Wraz z protokołem przekazane zostały następujące dokumenty:
	1. Dokumentacja fotograficzna powierzchni magazynowej wykonana przez Wykonawcę na płycie CD
	2. Oświadczenie producenta sprzętu że przedmiotowe pomieszczenia magazynu spełniają warunki do przechowywania aparatu rezonansu magnetycznego
	3. Polisa potwierdzające ubezpieczenie od kradzieży i zniszczenia
	4. Oświadczenie wynajmującego że pomieszczenia magazynu mają zapewnioną ochronę.

1. **Transport do magazynu.**

Upoważnieni przedstawiciele Stron złożonymi pod niniejszym protokołem podpisami zgodnie oświadczają, że:

1. Transport do magazynu zrealizowano zgodnie z warunkami określonymi w Umowie.

TAK / NIE 1,2

1. Wykonawca oświadcza że zapewnił podłączenie do mediów, przechowywanych części aparatu rezonansu magnetycznego które tego wymagają, przez autoryzowany serwis producenta aparatu.
2. Wraz z protokołem przekazane zostały następujące dokumenty:
	1. Dokumentacja fotograficzna dostawy wykonana przez Wykonawcę na płycie CD
	2. Wykaz paczek dostarczonych do magazynu wraz ze wskazaniem zawartości

1 Niepotrzebne skreślić

2 W przypadku kiedy użyto „nie” w jakimkolwiek punkcie następuje brak odbioru całości usług.

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć Wykonawcy | Podpis Wykonawcy |
| Pieczęć Sekcji Aparatury i Sprzętu Medycznego SPWSZ | Podpis i pieczątka  |