|  |
| --- |
| **Załącznik nr 6 do SIWZ** |
| **PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUG SERWISOWYCH** |

Szczecin dnia ………………….

Zamawiający: Wykonawca:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki ……………………………………………..

Szpital Zespolony W Szczecinie ……………………………………………..

Ul. Arkońska 4 ……………………………………………..

71-455 Szczecin ……………………………………………..

Nr umowy: ……………………………………………

Za okres: ……………………………………………...

Potwierdzam zgodną z zapisami umowy realizacje usług w zakresie obsługi serwisowej (Zał. Nr 1 Rozdział III do SIWZ)

Tak / Nie1

Załączono do protokołu rejestr zgłoszeń za okres: …………………………………

Niniejszy protokół stanowi / nie stanowi1 podstawę do wystawienia Faktury za wykonanie usług w okresie którego dotyczy protokół.

1 Niepotrzebne skreślić

Przyczyna braku odbioru :……………………………………………………………………………………………………....

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

Proponowany termin realizacji wyznaczony przez wykonawcę: ……………………………………………..

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

……………………………………….. ………………………………………..

Osoba odpowiedzialna ze Osoba odpowiedzialna ze

strony Zamawiającego strony Wykonawcy