|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ INSTALACJI, URUCHOMIENIA ORAZ SZKOLENIA** |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPECYFIKACJA SPRZĘTU** | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa zgodna ze specyfikacją techniczną/Producent/Model urządzenia** | **Liczba sztuk** | **Nr fabryczny** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |

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

1. Dostarczony Sprzęt jest fabrycznie nowy i nie nosi śladów uszkodzeń zewnętrznych oraz uprzedniego używania.

TAK / NIE 1

1. Dostarczony Sprzęt jest zgodny z Umową, a jego parametry są zgodne z określonymi w załączniku nr 1A.\_\_\_ do SIWZ dla zadania nr ………

TAK / NIE 1

1. Dostarczony Sprzęt został zainstalowany i jest gotowy do użytkowania.

TAK / NIE 1

1. Wskazany personel został przeszkolony w zakresie obsługi sprzętu potwierdzony imiennymi certyfikatami wystawionymi przez Wykonawcę

- ………………………………………………………………………

- ………………………………………………………………………

- ………………………………………………………………………

- ………………………………………………………………………

- ………………………………………………………………………

1. Ewentualne uwagi:

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

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

1 Niepotrzebne skreślić

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

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć Wykonawcy | Podpis Wykonawcy |
| Pieczęć Sekcji Aparatury i Sprzętu Medycznego SPWSZ | Podpis i pieczątka |
| Pieczęć Miejsca Lokalizacji SPWSZ | Podpis i pieczątka przedstawiciela  SPWSZ w Miejscu Lokalizacji |

.