

Załącznik nr 1 do umowy  
Znak Sprawy: ZP/220/75/18

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| <b>Protokół zdawczo-odbiorczy</b> | <b>Do Umowy.....</b> |
|-----------------------------------|----------------------|

**Sporządzony dnia.....**

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>WYKONAWCA:</b> | <b>ZAMAWIAJĄCY:</b>   |
|                   | Samodzielny Publiczny<br>Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie<br>Al. Powstańców Wielkopolskich 72<br>70-111 Szczecin |

**Miejsce wykonania przedmiotu umowy:**

- ☐ odbioru .....  
(data)
- ☐ instalacji urządzenia .....  
(data)
- ☐ montażu .....  
(data)
- ☐ wdrożenia .....  
(data)

**Zestawienie odebranych urządzeń:**

| L.p. | Nazwa | Producent | Numer fabryczny |
|------|-------|-----------|-----------------|
| 1.   |       |           |                 |
| 2.   |       |           |                 |
| 3.   |       |           |                 |
| 4.   |       |           |                 |
| 5.   |       |           |                 |
| 6.   |       |           |                 |
| 7.   |       |           |                 |

**Zamawiający przyjmuje przedmiot umowy bez zastrzeżeń / z zastrzeżeniami**

Uwagi:.....  
.....  
.....

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>WYKONAWCA:</b>                        | <b>ZAMAWIAJĄCY:</b>  |  |
| Imię nazwisko/ Pieczętka imienna/ Podpis | Osoba odpowiedzialna za sporządzenie opisu przedmiotu zamówienia | Pracownik działu merytorycznego SPSK-2 |
|  |  |  |



## II. WYPEŁNIA DZIAŁ MERYTORYCZNY SPSK-2

Dostarczony sprzęt został zainstalowany i przygotowany do eksploatacji.

Stan ilościowy urządzeń i załączonych akcesoriów został sprawdzony i jest/nie jest zgodny z wykazem.

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

Dostarczony sprzęt jest samodzielnie pracującym urządzeniem TAK/NIE\*

\* stanowi element urządzenia.....

Sprzęt przekazany do użytkowania: .....

(data)

.....  
(potwierdzenie pracownika działu merytorycznego SPSK-2)

.....  
(podpis kierownika jednostki organizacyjnej SPSK-2)



### III. PROTOKÓŁ SZKOLENIA

**Dokonano szkolenia pracowników:** TAK / NIE / NIE DOTYCZY

Osoby uczestniczące w szkoleniu:

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

**Szkolenie zakończono (data) .....**