DZP/BZU/539/2020

Zawiercie, ………………………2020r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

Przedmiot odbioru: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa dostawy)

Zamawiający: Szpital Powiatowy w Zawierciu ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie

reprezentowany przez: Dyrektor: Piotr Zachariasiewicz

potwierdza wykonanie przez Wykonawcę: ………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

zobowiązań wynikających z umowy zawartej w dniu ………………………………, nr …………………………… w zakresie dostawy:

1. Przedmiot odbioru został dostarczony w uzgodnione miejsce,
2. Zamawiający potwierdza, że w chwili podpisania protokołu zobowiązanie zostało wykonane z należytą starannością.

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zamawiający