**Załącznik nr 6 do SIWZ**

(pieczęć Szpitala)

DZP/PN/9/2019

 Zawiercie, dn........................

**PROTOKÓŁ KONTROLI JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG PRANIA**

**I. Miejsce dokonania kontroli:**

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**II. Imię i nazwisko osób przeprowadzających kontrolę :**

1. …………………………………………………………………………………………………………………………

 2. …………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | **UWAGI** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **OCENA** |
|  |
|  |
|  |

*........................................................... ............................................................*

*Podpis przedstawiciela ze strony Wykonawcy Podpis przedstawiciela ze strony Zamawiającego*