DZP/BZU/229/2021

Zawiercie, ……………….2021r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

Przedmiot odbioru: *……………………………………………..*

(nazwa dostawy)

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

reprezentowany przez: …………………………………………………………………..

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