**Załącznik nr 6 do SIWZ**

Zawiercie, ……..……………. r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

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

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………,

potwierdza wykonanie przez WYKONAWCĘ: …………………..………………………………,

reprezentowanym przez:……………………………………………………………………………,

zobowiązań wynikających z umowy nr …..………/2020, nr sprawy: DZP/PN/55/2020 w zakresie dostawy cząstkowej produktów leczniczych przeznaczonych do realizacji programu lekowego WZW, a mianowicie:

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

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

1. Przedmiot zamówienia został dostarczony w uzgodnione miejsce, tj. Szpital Powiatowy w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie, magazyn Apteki Szpitalnej.
2. Niniejszy Protokół został sporządzony w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
3. Zamawiający potwierdza, że w chwili odbioru dostawa została wykonana
z należytą starannością.

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

WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY: