**Załącznik nr 5**

DZP/BZU/220/2021

Zawiercie, dn.…......................r.

**PROTOKÓŁ ODBIORU SPRZĘTU**

1. Nazwa i adres miejsca dostawy Sprzętu:

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

1. W dniu …………….. dokonano odbioru:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Numer fabryczny |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

1. Dostarczony Sprzęt jest kompletny, zgodny ze specyfikacją techniczną i nie posiada widocznych uszkodzeń mechanicznych, TAK\*/NIE\*
2. Sprzęt został uruchomiony i wykazano jego sprawność TAK\*/NIE\*
3. Akcesoria / wyposażenie:
* …………………………. – …… szt.
* …………………………. – …… szt.
1. Zastrzeżenia:

Brak

\* - niepotrzebne skreślić

 ……………………………… ………………………………

**ze strony Wykonawcy ze strony Zamawiającego**