**Białystok, dn.**

**Uniwersytet Medyczny**

**w Białymstoku**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Miejsce dostawy:

Numer umowy: Sprzedający:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Wielkość opakowania** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Strony stwierdzają, że przedmiot zamówienia:

- dostarczono dnia:

Nie stwierdzono braków ilościowych/ stwierdzono następujące braki ilościowe\*)

Nie stwierdzono braków jakościowych/ stwierdzono następujące braki jakościowe\*)

Termin gwarancji na przedmiot zamówienia upływa dnia**:**

**Wykonawca przedmiotu zamówienia: Przyjęli ze strony UMB:**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  **Podpis i pieczątka Podpis i pieczątka Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Podpis osoby odpowiedzialnej (lub upoważnionej) za realizację**

**przedmiotu zamówienia z Działu Zaopatrzenia**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok

Projekt „*Zintegrowany Program Kształcenia z wykorzystaniem innowacyjnych metod w zespole stomatologicznym*” współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020.