**Uniwersytet Medyczny** Białystok, dn.

**w Białymstoku**

**ul. Jana Kilińskiego 1**

**15-089 Białystok**

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Miejsce dostawy:

Numer umowy:

Sprzedający:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wyposażenia** | **Typ/Model** | **Producent/Kraj** | **Nr fabryczny**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Strony stwierdzają, że przedmiot zamówienia:

 - dostarczono dnia:

 - zainstalowano dnia:

Pracuje prawidłowo/nieprawidłowo i wnoszę następujące zastrzeżenia\*)

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

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

Wdrożenie instrukcji stanowiskowej dokonano/nie dokonano\*)

Instrukcja stanowiskowa sprzętu w języku polskim dostarczono/nie dostarczono\*)

Karty gwarancyjne w języku polskim dostarczono/nie dostarczono\*)

Termin gwarancji na przedmiot zamówienia upływa dnia: ……………………………………………...

Ilość bezpłatnych przeglądów gwarancyjnych: ………………………………………………………….

Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny …………………………………. od potwierdzonego zgłoszenia usterki (soboty, niedziele i dni świąteczne ustawowo wolne od pracy nie są dniami roboczymi)

**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**