# PROTOKÓŁ ODBIORU

Przekazujący:

Adres:

Odbierający: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Adres: ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok

## Potwierdzenie przyjęcia produktów określonych w OPZ do zapytania AI.220.59.2025ZC

w dniu: ….

Podpis osoby przekazującej: ...

Podpis osoby odbierającej: ...

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