UNIWERSYTET MEDYCZNY Białystok, dn. ………………………

w Białymstoku

15- 089 Białystok,

ul. Jana Kilińskiego 1

## *WZÓR PROTOKOŁU ODBIORU*

**Nazwa przedmiotu zamówienia**: Tester pH/°C HI98128 z wymienną elektrodą

**Numer umowy: TZ.220.4.2025.ZO.39.CZ-1**

**Wykonawca:**

**Producent/ Kraj pochodzenia/Rok produkcji:**

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

**Użytkownik**: Zakład Farmacji Klinicznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wyposażenia** | **Ilość** | **Nr seryjny** |
|  |  |  |  |

1. Strony stwierdzają, że przedmiot zamówienia:

* pracuje **prawidłowo**/nieprawidłowo i wnoszą następujące zastrzeżenia\*)
* nie stwierdzono braków ilościowych i jakościowych\*)

1. Dostawę instrukcji stanowiskowej/ instrukcji obsługi dokonano/ nie dokonano\*)
2. Karty gwarancyjne w języku polskim dostarczono/ nie dostarczono\*)
3. Kartę techniczną/ paszport dostarczono/ nie dostarczono\*)
4. Termin gwarancji na przedmiot zamówienia (……miesięcy)
5. Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

**.................................................................**

**Podpis osoby odpowiedzialnej (lub upoważnionej) za realizację przedmiotu zamówienia z Działu Zaopatrzenia**