Białystok, dn. …………….

UNIWERSYTET MEDYCZNY

w Białymstoku

ul. Jana Kilińskiego 1

15- 089 Białystok

**WZÓR PROTOKÓŁU ODBIORU**

**Nazwa przedmiotu zamówienia**: Zestaw do oceny aktywności

**Numer umowy :**

**Wykonawca:**

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

**Miejsce dostawy**:Ośrodek Badań Populacyjnych UMB, ul. Waszyngtona 15 B, 15-269 Białystok, budynek: Centrum Futuri

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wyposażenia**  **Typ/Model /Numer katalogowy** | **Producent/Kraj producenta/Rok produkcji** | **Ilość**  **szt.** | **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. Termin gwarancji na przedmiot zamówienia (…. miesiące/miesięcy).

**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**