*Załącznik nr 4*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr TP -50/24*

*Załącznik nr 3*

*do umowy nr TP-50/24*

PROTOKÓŁ ODBIORU KOŃCOWEGO URZĄDZENIA MEDYCZNEGO)

**z dnia …………………………r.**

**1. Podstawa realizacji zamówienia:**

Umowa nr TP-50/24, z dnia ………………………..….. r.

**2. Strony:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** | **WYKONAWCA** |
| Zachodniopomorskie Centrum Onkologiiul. Strzałowska 22, 71-730 Szczecin |  |
| **reprezentowani przez: *(imię, nazwisko, stanowisko)*** |
|  |  |
|  |  |

**3. Przedmiot dostawy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **wyszczególnienie** ***(rodzaj, typ, model, podstawowe parametry techniczne)*** | **ilość****kpl./szt.** | **numery fabryczne** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| … |  |  |  |

**4. Zgodność dostawy z zamówieniem:**

|  |
| --- |
| [ ]  pełna zgodność |
| [ ]  braki ilościowe *(opis w pkt. 6)* |
| [ ]  braki jakościowe *(opis w pkt. 6)* |

**5. Pozostałe czynności:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj** | wykonanaw całości | wykonana częściowo, lub nie wykonana – brak zgodnościz zamówieniem | zostanie wykonana do dnia ……….. | niewymagana |
| demontaż innego urządzenia i dostarczenie do wyznaczonego miejsca | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| roboty budowlane  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| montaż | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| testy i pomiary | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| uruchomienie | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| szkolenie | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| doręczenie instrukcji obsługi | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| doręczenie paszportu techn. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**6. Uwagi i zastrzeżenia Zamawiającego:**

|  |
| --- |
| [ ]  brak |
| [ ]  stwierdzono następujące niezgodności: |

**7. Załącznikiem do protokołu jest potwierdzenie przeprowadzenia szkolenia pracowników Zamawiającego:**

|  |
| --- |
| [ ]  TAK |
| [ ]  NIE, czynność wskazana w pkt. 5 do wykonania w terminie późniejszym |
| [ ]  NIE, szkolenie nie było objęte umową  |

**8. Niniejszy protokół jest podstawą do wystawienia faktury:**

|  |
| --- |
| [ ]  TAK, bez zastrzeżeń |
| [ ]  TAK, z zastrzeżeniem wykonania czynności które wskazano w pkt. 5 do wykonania w terminie późniejszym  |
| [ ]  TAK, z zastrzeżeniem usunięcia, w terminie zapłaty, niezgodności wskazanych w pkt. 6 |
| [ ]  NIE, przedmiot zamówienia nie nadaje się do użytkowania zgodnie z jego przeznaczeniem |

**9. Załączniki do protokołu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **l. p.** | **wyszczególnienie**  |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

**Podpisy:**

*Załącznik nr 1*

*do protokołu nr TP-50/24*

**PROTOKÓŁ POTWIERDZAJĄCY PRZEPROWADZENIE SZKOLENIA PRACOWNIKÓW ZCO Z OBSŁUGI URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH (dotyczy pakietu 1)**

* + 1. Data szkolenia:
		2. Nazwa firmy przeprowadzającej szkolenie:
		3. Nazwa urządzenia medycznego:
		4. Nr seryjny urządzenia medycznego:
		5. Urządzenie dostarczone w ramach umowy nr:

**LISTA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W SZKOLENIU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lp.** | **Imię i nazwisko, oddział, stanowisko** | **podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| uwagi do przeprowadzonego szkolenia |  |

**Podpisy osób wyznaczonych do reprezentowania stron przy odbiorze przedmiotu zamówienia i szkoleniu personelu:**