**Załącznik nr 2 do umowy**

 **PROTOKÓŁ ODBIORU**

Numer umowy: **ATZ\_MM\_1WC\_2015\_EL\_7031\_2015**

Symbol jednostki docelowej (nazwa i adres): **Katedra i Klinika Neurologii WUM, 02-097 Warszawa ul. Banacha 1a, tel. (22) 599 28 57**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot odbioru:** | **Nazwa producenta:**  |
| **Oprogramowanie – Aktualizacja Aparatu EMG KEYPOINT NET do badania pacjentów ze stwardnieniem zanikowym bocznym oraz innymi chorobami nerwowo-mięśniowymi o opcję MUNIX - program do liczenia jednostek ruchowych, wraz z instalacją - 1 szt.** |
| **Typ urządzenia** |
| **Nr seryjny/serwisowy**  |

Urządzenie zainstalowano TAK/NIE\*

Szkolenie przeprowadził: ……………………………………………………………………….

I\*) Przyjęto z zastrzeżeniami i stwierdzono następujące wady lub usterki w dniu ……………

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

Termin na ich usunięcie do dnia: ………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć jednostki Przyjmującej  | Pieczęć Wykonawcy |
| Podpis i pieczątka osoby upoważnionej  | Podpis Wykonawcy |

II\*\*) Przyjęto bez zastrzeżeń w dniu …………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć jednostki Przyjmującej  | Pieczęć Wykonawcy |
| Podpis i pieczątka osoby upoważnionej  | Podpis Wykonawcy |

**UWAGA:** **Powyższy protokół podpisany „bez zastrzeżeń” stanowi podstawę do wystawienia faktury VAT.**