**Załącznik nr 2 do umowy**

 **PROTOKÓŁ ODBIORU**

Numer umowy: **ATZ\_MM\_2M11\_2015\_EL\_12512\_2016**

Symbol jednostki docelowej (nazwa i adres): **Klinika Dermatologii i Wenerologii WUM, 02-008 Warszawa, ul. Koszykowa 82a, Tel. (22) 502 13 13, 502 21 08**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot odbioru:** | **Nazwa producenta:**  |
| **Fotel ginekologiczny FG-R01 z opcjami dodatkowymi (tj.** **z wieszakiem na papier/prześcieradło w rolce, systemem kółek jezdnych, pilotem nożnym (regulacja wysokości) i uchwytami rąk/podłokietnikami)** – **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.**