****

**KOSZTORYS napraw po przeglądzie rocznym aparatów USG W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego
 załącznik nr 7 ZO/27/AP.MED/24**

|  |
| --- |
| **KOSZTORYS napraw po przeglądzie rocznym aparatów USG w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego** |
| **Nazwa aparatu** |  |
| **Model** |  |
| **Producent** |  |
| **Rok produkcji** |  |
| **Nr seryjny** |  |
| **Rodzaj usterki** |  |

 **Koszt ogólny brutto**

 **..…….………………………………….**

…….…………….……………………..

 (data sporządzenia i podpis)