

Znak sprawy ZO/27/AP.MED/2024

**Załącznik nr 6 do Umowy ……………………………**

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY**

**Przegląd roczny inkubatorów dla Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu**

sporządzony w dniu …………………

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY:** | **WYKONAWCA:** |
| Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowej 5,Wrocław 51–149NIP: 895-16-31-106 | ……………………………………………………………(pieczęć Wykonawcy) |

1. Zamawiający na podstawie umowy nr ………………….… z dnia …………….… odbiera roczny przegląd inkubatorów

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia / Producent** | **Rok produkcji** | **Okres gwarancji (ilość miesięcy)** | **Numer katalogowy i/lub fabryczny i/lub seryjny** | **Ilość** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |

1. Zamawiający oświadcza, że:
2. Wykonawca dokonał przeglądu rocznego i uruchomienia w/w urządzeń w dniu ……………………………………,

w ……………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa jednostki organizacyjnej szpitala)*

1. Wykonawca w dniach …………………………………….. przeprowadził roczny przegląd z zakresu prawidłowej obsługi i podstawowych zasad eksploatacji i konserwacji w/w urządzeń potwierdzone załączonym protokołem (\*jeżeli dotyczy),
2. Przegląd roczny jest zgodny w zakresie ilościowym i rzeczowym oraz spełnia wszystkie parametry techniczne i inne wymogi określone szczegółowo w SWZ, Umowie oraz w załącznikach.
3. Wykonawca przekazał Zamawiającemu wszystkie wymagane dokumenty określone w SWZ, Umowie oraz w załącznikach, sporządzone w języku polskim i prawidłowo uzupełnione;
4. Wykonawca wykonał inne obowiązki określone w Umowie, wg wiedzy Zamawiającego na dzień podpisania niniejszego protokołu;
5. Zamawiający nie wnosi zastrzeżeń do rocznego przeglądu oraz wykonania innych obowiązków Wykonawcy
6. Uwagi do protokołu:…………………………………………………………………………………………

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

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

1. Do dnia podpisania niniejszego protokołu zostały dostarczone Zamawiającemu następujące dokumenty, do w/w Sprzętu (\*zaznaczyć właściwe):

 instrukcję używania Sprzętu;

karty gwarancyjne producenta;

paszporty techniczne (wypełnione po uruchomieniu Sprzętu);

niezbędną dokumentację techniczną zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów technicznych, kalibracji (zakres i terminy).

wykaz wszystkich podmiotów upoważnionych do wykonywania czynności obsługi serwisowej Sprzętu;

* całość dokumentacji przekazywanej przez producenta
1. Zamawiający odmawia podpisania Protokołu (wstrzymuje czynności odbiorowe) z uwagi na:

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** *(Sekcja Administracyjno-Techniczna /* | **UŻYTKOWNIK** *(jednostka organizacyjna szpitala)* | **WYKONAWCA***(dostawca sprzętu***)** |
| *……………………………………………………**(data, pieczęć, podpis)* | *……………………………………………………..**(data, pieczęć, podpis)* | *………………………………………………….**(data, pieczęć, podpis)* |