|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3a do SWZ** |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **DOTYCZY (PRZEKAZANIA) - PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO** | | |

 **Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

**Proszę o przekazanie sprzętu medycznego nr umowy:**

**………pełny numer umowy……………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** | | | | | | | | |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** | | | | | |  |  |  |

***Wykonawca***  ***………………………………………………***

***Ordynator Oddziału/ Pielęgniarka koordynująca ……………………………………………***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………………………………..***

***Data przekazania/odbioru sprzętu i podpis***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3b do SWZ** |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **DOTYCZY (ZUŻYCIA) - PROTOKÓŁ ZUŻYCIA JEDNORAZOWEGO SPRZĘTU**  **DO ZABIEGU** | | |



**Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………... / fax………………..

Uprzejmie informuję, że dnia…………..zostały zużycie:

- Numer historii choroby

* Ilość i rodzaj
* Numer seryjny zużytego sprzętu
* …………………………………..

**Miejsce na fiszki (nalepki):**

Proszę o uzupełnienie stanu magazynowego[[1]](#footnote-1) oraz o wystawienie faktury VAT za w/w produkt/-ty

***…………………… ……………………………………… data*** podpis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3c do SWZ** |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **DOTYCZY (ODBIORU) - PROTOKÓŁ ODBIORU TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO** | | |

 **Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy:** *Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu*

tel………………... / fax………………..

**Proszę o odbiór sprzętu medycznego nr umowy:**

*………pełny numer umowy……………….*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** | | | | | | | | |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** | | | | | |  |  |  |

***……………………………………………………….***

***Data odbioru sprzętu***

***Wykonawca ………………….………………… podpis***

***Ordynator Oddzialu/ Pielęgniarka koordynująca ……………………………………….podpis***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………… ………………podpis***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | | |
|  | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3d do SWZ** | |  | | | | *dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę materiałów medycznych dla Klinicznego Oddziału Okulistyki, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.82.2023* | | | |  | | | | **PROTOKÓŁ ~~INSTALACJI I PRZEKAZANIA~~/**  **PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY ( wzór )** | | |   **do umowy nr …………… z dnia ………………**  Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….   1. **Zamawiający:**   4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką  Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu  ul. R. Weigla 5  50-981 Wrocław  w imieniu którego odbioru dokonują:  …………………………………………  imię i nazwisko  …………………………………………  imię i nazwisko  **Wykonawca:**  ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  w imieniu którego sprzęt przekazuje:  ………………… ……………………………….  imię i nazwisko stanowisko  ………………… ……………………………….  imię i nazwisko stanowisko     1. Przedmiot protokołu …………………………………………………………… typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | NAZWA | Numer katalogowy | ILOŚĆ SZTUK | Numer  seryjny | kod DAM | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :  * instrukcji obsługi i użytkowania w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej * wykazu autoryzowanych punktów serwisowych * kopii Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy) wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym * kopii Deklaracji Zgodności wystawioną przez producenta wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym * wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, * karty gwarancyjnej, * paszportu technicznego, * ………………………………………………………… * ………………………………………………………… * …………………………………………………………  1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach: …………………… w godz. …………… …………………… w godz. …………… 2. W szkoleniu tym wzięły udział następujące osoby:  * ………………………………………………………………… * ………………………………………………………………… * ………………………………………………………………… * …………………………………………………………………   Certyfikaty szkolenia zostaną dosłane do 14 dni od daty podpisania protokołu.   1. Niniejszym zgodnie stwierdzamy, ze sprzęt wymieniony w pkt. 2 niniejszego protokołu zostaje przyjęty do eksploatacji **bez zastrzeżeń.**   **Wykonawca: Zamawiający:**  ………..……………………………………  up. pracownik Działu Aparatury Medycznej  ………..………………..………………  up. pracownik Oddziału/Zakładu/Pracowni  ………..………………..………………  up. pracownik Ośrodka Przetwarzania Informacji  (jeżeli dotyczy) | | |

1. [↑](#footnote-ref-1)