|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(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 Wrocławiuul. 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 | Numerseryjny | 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)