**Załącznik nr 4** do zapytania ofertowego

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

Dane Wykonawcy zamówienia:

…………………

…………………

…………………

 Zleceniodawca

 Gmina Piaseczno

Adres: ul. Kościuszki 5

 05-500 Piaseczno

 NIP:1231210962

 Tel.: (22) 70-17-682

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Nazwa towaru | Ilość | J.m. |
| 1 |  |  | szt. |

**I POTWIERDZENIA DORĘCZENIA WAG:**

1. Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie, ul.  Fabryczna 1, 05-500 Piaseczno

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data odbioru | Podpis osoby uprawnionej do  odbioru towaru. |

1. Przychodnia nr 2 w Gołkowie, ul. Skrzetuskiego 17, 05-502 Piaseczno

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data odbioru | Podpis osoby uprawnionej do  odbioru towaru. |

1. Wiejski Ośrodek Zdrowia w Zalesiu Górnym, ul. Złotej Jesieni 1, 05-540 Zalesie Górne.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data odbioru | Podpis osoby uprawnionej do  odbioru towaru. |

1. Wiejski Ośrodek Zdrowia w Złotokłosie, ul. Runowska 31, 05-504 Złotokłos.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data odbioru | Podpis osoby uprawnionej do  odbioru towaru. |

1. Wiejski Ośrodek Zdrowia w Głoskowie, ul. Górna 20, 05-503 Głosków.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data odbioru | Podpis osoby uprawnionej do  odbioru towaru. |

**II POTWIERZENIE WYKONANIA INSTRUKTAŻU** obsługi wagi medycznej dla Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie, ul.  Fabryczna 1, 05-500 Piaseczno.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Podpis osoby przeprowadzającej instruktaż  | Data  | Podpis osoby potwierdzającej przeprowadzenie instruktażu |