**Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego**

Celestynów dnia ………………..

**WOJSKOWY OŚRODEK FARMACJI**

 **I TECHNIKI MEDYCZNEJ**

 **ul. Wojska Polskiego 57**

 **05-430 Celestynów**

Firma …………

Umowa ………..

Sprawa ………..

 **PROTOKÓŁ NIEZGODNOŚCI NR ……**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa produktu/urządzenia/dawka/postać** | **Jm.** | **Ilość** | **Powód zgłoszenia** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……………………………………