**PROTOKÓŁ SZKOLENIA**

**do umowy nr ZP/…../…./……, z dnia ……….**

1. **Miejsce szkolenia:** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie

Komórka organizacyjna SPSK2: …………………………………….………………..

1. Data rozpoczęcia szkolenia: ........................................

Data zakończenia szkolenia: ........................................

1. **Zakres szkolenia:** .............................................................................................................
2. **Osoby uczestniczące w szkoleniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Podpis |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

1. **Uwagi i zastrzeżenia:**

.............................................................................................................................................................

1. **Zamawiający potwierdza przeszkolenie użytkowników w zakresie obsługi i zasad eksploatacji dostarczonego sprzętu.**

**Podpisy potwierdzające szkolenie:**

**W imieniu Zamawiającego - SPSK2 PUM w Szczecinie**

1. ……………………………………….………….…….. – ………………………………………………..
2. …………………………………………………..…….. – ………………………………………………..

**W imieniu Wykonawcy**

1. ……………………………………….………….…….. – ………………………………………………..
2. …………………………………………………..…….. – ………………………………………………..