**PROTOKÓŁ ODBIORU LEKÓW**

W dniu …………………..2025 r. firma …………………………………dostarczyła do siedziby Oddziału Zabezpieczenia JFTC ul. Szubińska 2, 85-312 Bydgoszcz NIP: 554-260-30-39 następujące leki:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wykaz leków | J.m. | Ilość | Data ważności |
| 1 | Naloxonum hydrochloricum WZF 400mikrogramów/ ml; 10 amp/1 ml | op. | 1 |  |
| 2 | Ketonal 50 mg/ ml 10 amp/2 ml | op. | 1 |  |
| 3 | Metoclopramidum 0,5% 5mg/ml 5 amp/2 ml | op. | 1 |  |
| 4 | NO-spa 20 mg/ml; 5amp/2ml | op. | 1 |  |
| 5 | Paracetamol 1000 mg/100ml | szt. | 5 |  |
| 6 | 0,9 % NaCl 100 ml | szt. | 5 |  |
| 7 | Glukoza 5% 250 ml | szt. | 2 |  |
| 8 | Paracetamol 400 mg/tab. (20 tab.) | op. | 1 |  |
| 9 | Aspiryna tabletki; (10 tab.) | op. | 1 |  |

……………………………………….. …………………………………………

(Podpis Wykonawcy) (Podpis Zamawiającego)