**PROTOKÓŁ ODBIORU PRODUKTÓW**

W dniu ………………….. . firma …………………………………dostarczyła do siedziby Oddziału Zabezpieczenia JFTC ul. Szubińska 2, 85-312 Bydgoszcz NIP: 554-260-30-39 następujący asortyment medyczny:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wykaz asortymentu** | **J.m.** | **Ilość** | **Data ważności** |
| **1.** | Opatrunek hemostatyczny | szt. |  |  |

……………………………………….. …………………………………………

(Podpis Wykonawcy) (Podpis Zamawiającego)