



Załącznik nr 4 do Umowy CSIOZ/.../2017

PROTOKÓŁ GWARANCYJNY NR

Sporządzony w dniu w związku ze zgłoszeniem reklamacji na podstawie Umowy nr CSIOZ/.../2017 z dnia

Imię i nazwisko przedstawiciela Zamawiającego

Dokładny adres: *Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*
ul. Stanisława Dubois 5A
00-184 Warszawa

Nr telefonu

Data nabycia Akcesoriów

Nazwa Akcesoriów

nr seryjny

cena data produkcji

Producent

Transport : Wykonawcy

Dokładny opis wad

Żądanie Zamawiającego co do sposobu załatwienia reklamacji

Data i podpis osoby składającej reklamację po stronie Zamawiającego:

Data i podpis osoby przyjmującej reklamację po stronie Wykonawcy:

Opinia pracownika / rzeczoznawcy Wykonawcy.....

Decyzja pracownika Wykonawcy

Przedstawiciel Zamawiającego

Przedstawiciel Wykonawcy

.....
(czytelny podpis Zamawiającego)

.....
(czytelny podpis Wykonawcy)

* niepotrzebne skreślić