CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA
ul. Stanisława Dubois 5A • 00-184 Warszawa, Polska
tel: +48 22 597-09-27 • fax: +48 22 597-09-47
biuro@csioz.gov.pl • www.csioz.gov.pl
Skrytka ESP: /csiozgovpl/skrytka

Załącznik nr 4 do Umowy CSIOZ/…/2018

PROTOKÓŁ GWARANCYJNY NR ……..

Sporządzony w dniu ..... w związku ze zgłoszeniem reklamacji na podstawie Umowy nr CSIOZ/…/2018 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 .....

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