|  |
| --- |
| **OBIEKT: Wielkopolskie Centrum Zdrowia Dziecka w Poznaniu, ul. A. Wrzoska 1**  **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: Wyposażenie Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka w meble - Dostawa wraz z montażem mebli i zabudów meblowych medycznych.** |

# WYKONAWCA: INWESTOR ZASTĘPCZY:

|  |
| --- |
|  |

**„Szpitale Wielkopolski” sp. z o.o.**

**ul. Lutycka 34/budynek A**

**60-415 Poznań**

|  |
| --- |
| **PROTOKÓŁ ZATWIERDZENIA: MATERIAŁU, WYROBU, URZĄDZENIA, WYPOSAŻENIA\* -** **Nr ………..…...…..** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zgłaszający  Data ...............................  podpis | Potwierdzenie przyjęcia wniosku –Projektant\*\*  Data ............................... podpis | Potwierdzenie przyjęcia wniosku – Inwestor Zastępczy  Data ................................ podpis |

1. Rodzaj materiału, wyrobu, urządzenia, wyposażenia\* Producent / Dostawca/Zastosowanie

|  |
| --- |
|  |

1. Załączniki

|  |
| --- |
|  |

1. Określenie miejsca wbudowania

|  |
| --- |
|  |

1. Odniesienie do wymagań kontraktowych nr Specyfikacji Technicznej / nazwa rysunku

|  |
| --- |
|  |

1. Opis próbki (zgodnie z załącznikami)\*

|  |
| --- |
|  |

1. Wniosek Wykonawcy

|  |
| --- |
| *Oświadczam, że ww. materiały/wyroby/urządzenia/wyposażenie \* są zgodne z wymaganiami Kontraktu i wnioskuję o zatwierdzenie ww. materiałów/wyrobów/urządzeń/wyposażenia.*  ……………………………………………….  Data podpis/pieczątka Wykonawcy |

1. Stanowisko Projektanta\*\* / Przedstawiciela Inwestora Zastępczego\*

|  |
| --- |
|  |

## Inwestor/ Projektant\*\*:

1. Akceptacja \*
2. Akceptacja z uwagami \*
3. Brak akceptacji \*

………….. **....................................... .............** .......................................

**data podpis/pieczątka Projektanta data podpis/ pieczątka Inwestora Zastępczego**

[\*] – niepotrzebne skreślić

[\*\*] – stanowisko Projektanta (jeśli dotyczy)