Protokół szkolenia

Dotyczy:……………………………………………………………………………………………………………

Spisany pomiędzy firmą:…………………………………………………………………………………..

Adres:

…………………………………………

…………………………………………

Reprezentowany przez:

………………………………………….

A Użytkownikiem:

***Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera***

***Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu***

Adres:

***ul Szpitalna 27/33,60-572 Poznań***

Reprezentowany przez:

1…………………………………………………..

2…………………………………………………..

W sprawie przeszkolenia urządzenia/aparatury:

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..

Nr fabryczny……………………………………………………………………………………………………….

Producent…………………………………………………………………………………………………………..

Dostawca……………………………………………………………………………………………………………

Rok Produkcji……………………………………………………………………………………………………..

Osoby przeszkolone w dniu………………………

1.

2.

3.

Data i podpis przedstawiciela Firmy Data i podpis Użytkownika

…………………………………………………………. ……………………………………………