Załącznik nr 5

**Protokół szkolenia**

Dotyczy:

Spisany pomiędzy Firmą

Adres:

Reprezentowany przez:

a Użytkownikiem:

**Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera**

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

Adres:

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

Reprezentowany przez:



W sprawie szkolenia z obsługi urządzenia/aparatury:

Nazwa

Nr fabryczny

Producent

Dostawca

Rok produkcji

Szkolenie przeprowadzono w dniu

PRZESZKOLENI PRACOWNICY



Data i podpis przedstawiciela Firmy Data i podpis Użytkownika

………………………………………... ….……..……………………………