Załącznik nr 2 do Umowy

**PROTOKÓŁ ROZBIEŻNOŚCI**

DOTYCZY UMOWY NR DZP/ZO/18/2023/D z dnia …….../……………/………….

W dniu ................................... dostarczono do **SPZZOZ – Szpital w Iłży** n/w wyroby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa asortymentu | Dostarczona ilość | Wartość brutto  [zł] |
|  |  |  |

Stwierdzono BRAK/NADWYŻKĘ/ USZKODZENIE/

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr pozycji Opisu przedmiotu zamówienia | Asortyment/  wymagany parametr | Wartość /ilość deklarowana | Wartość /ilość przyjętą | Opis rozbieżności | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Zamawiający : Wykonawca:**