



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA nr _____

DO UMOWY NR _____ z dnia _____ 2019r.

Sporządzony w dniu _____ 2019r.

WYKONAWCA	ZAMAWIAJĄCY
	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie Ul. Rybacka 1, 70-2014 Szczecin, NIP 852-000-67-57, REGON 000288886

Miejsce przekazania: _____

Przedmiot przekazu:

Przedmiot przekazu	Ilość
Zanonimizowane wyniki badań tomograficznych	

WYKONAWCA	ZAMAWIAJĄCY
Imię i nazwisko/Pieczętka imienna/podpis	Pracownik PUM

