

pieczęć Zamawiającego

**POŚWIADCZENIE WYKONANIA
 ZAMÓWIENIA**

Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego ul. Sikorskiego 32, 86-300 Grudziądz poświadcza, że Wykonawca wskazany w pkt 1 wykonał zamówienie wskazane w pkt 2.

| Pkt 1 | | DANE DOTYCZĄCE WYKONAWCY |
|-------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| Nazwa | Euroimmun Polska sp. z o.o., | |
| Adres | Ul. Widna 2A 50-543 Wrocław, dolnośląskie, Polska | |

| Pkt 2 | | DANE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Przedmiot zamówienia | Dostawy odczynników i testów laboratoryjnych, systemu aspiracyjno-próżniowego do pobierania krwi wraz z dzierżawą aparatów oraz sprzętu laboratoryjnego. Zamówienie nr: Dostawy odczynników i testów laboratoryjnych, systemu aspiracyjno-próżniowego do pobierania krwi wraz z dzierżawą aparatów oraz sprzętu laboratoryjnego Część nr: 4 - Nazwa: Testy do oznaczania przeciwciał metodą immunofluorescencji pośredniej | |
| Numer umowy | Z/80/13 | |
| Data udzielenia zamówienia | 07.06.2013r. 27.06.2013 | |
| Wartość zrealizowanej umowy | 49 182.42 zł | |
| Sposób realizacji umowy | - zamówienie zostało wykonane należycie * - zamówienie zostało wykonane nienależycie * | |

10.08.2017

 Data wystawienia poświadczenia

Kierownik Laboratorium Analitycznego
 Regionalnego Szpitala Specjalistycznego
 im. Dr. Wł. Biegańskiego
 ul. Sikorskiego 32, 86-300 Grudziądz
 dr n. med. *[Podpis]*
 Joanna Koscińska
 Laboratorium Analityczne
 Podpis / pieczęć / imię i nazwisko

~~* - niewłaściwe należy skreślić~~