

**POŚWIADCZENIE WYKONANIA
ZAMÓWIENIA**

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław, 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 | Dostawa paneli alergologicznych wraz z dzierżawą skanera, kołyski i programu komputerowego do elektronicznej oceny wyników testów alergologicznych - II część. |
| Numer umowy | 44/ul15 |
| Data udzielenia zamówienia | 30.04.2015 r. |
| Wartość zrealizowanej umowy | 172 471.12 zł |
| Sposób realizacji umowy | - zamówienie zostało wykonane należycie * - zamówienie zostało wykonane nienależycie * |

25.07.2015

.....
Data wystawienia poświadczenia

*- niewłaściwe należy skreślić

.....
KIEROWNIK
PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej
Podpis/pieczętka imienna

dr n. med. Elżbieta Witecka-Knysz
Specjalista analityk kliniczny