Załącznik nr 12.

Szpital Rejonowy w Raciborzu

# **PROTOKÓŁ WADLIWYCH**

**DOSTAW POSIŁKÓW**

**Nr........../..........**

**NAZWA I ADRES**

**DOSTAWCY**............................................................................................................................................................................................................................................................................

**NAZWA TOWARU**: ŚNIADANIE/OBIAD/KOLACJA\*

**DATA PRZYJĘCIA**:..............................................................................................

**STWIERDZONE UCHYBIENIA:**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Podpis wykonawcy Podpis kontrolującego

....................................... .......................................