



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Załącznik nr 13
Protokół Końcowego Odbioru Robót
sporządzony w dniu r.

Zamawiający: **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu ul. Koszarowa 5; 51-149 Wrocław.**

Wykonawca:

Zadanie pn. **„Budowa Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J.Gromkowskiego we Wrocławiu.”**

zgodnie z Umową nr/2025 z dnia

Zakres robót, które są przedmiotem odbioru częściowego obejmuje:

.....
.....

Roboty realizowano w okresie od dnia (Protokół wprowadzenia na budowę) do dnia (Zgłoszenie gotowości do odbioru)

Przedstawiciele Zamawiającego

1

2

3

4

Przedstawiciele Wykonawcy:

1

2

3 Kierownik Robót/Budowy

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

Termin usunięcia wad ustalono na * (niepotrzebne skreślić)

Komisja odbiera / nie odbiera * (niepotrzebne skreślić) zakres wykonanych robót.

Uwagi i zastrzeżenia stron:

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

Wartość wykonanych robót na dzień sporządzenia protokołu określa zestawienie tabelaryczne.
Okres gwarancji jakości wykonywanych robót ustala się na: lat licząc od daty podpisania niniejszego protokołu czyli do dnia.....

Niniejszy protokół **stanowi* / nie stanowi*** podstawę/y do wystawienia przez Wykonawcę faktury VAT (z uwzględnieniem naliczonych kar umownych).

Podpisy:

Przedstawiciele Zamawiającego

Przedstawiciele Wykonawcy:

1)

1)

2)

2)

3)

3)

4)

4)

Lp.	Rodzaje robót	Wartość wg oferty [zł brutto]	Wartość odbieranych robót	Zaawansowanie [%]
1.				
2.				
3.				
4.				

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
Razem:				

Data:

Komisja w Składzie:

Przedstawiciele Zamawiającego:

1.

2.
imię i nazwisko *stanowisko*

Przedstawiciele Wykonawcy:

1.

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl





Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

2.

imię i nazwisko

stanowisko

• zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność • zdrowie • profesjonalizm • nowoczesność •

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | Regon: 000290469
Sekretariat: 71 395 74 26 | fax 71 326 06 22
Centrala tel.: 71 326 13 25
sekretariat@szpital.wroc.pl

www.szpital.wroc.pl

5 / 5



**DOLNY
ŚLĄSK**