**Załącznik nr 5 do umowy**

Centralny Ośrodek Koordynujący  
Zakład Profilaktyki Nowotworów   
Narodowy Instytut Onkologii  
im. Marii Skłodowskiej – Curie

Państwowy Instytut Badawczy

ul. W.K. Roentgena 5

02-781 Warszawa

**Protokół odbioru**

podpisany dnia …………………2023 r.

**Firma: ……………………………………..**

**NIP: ……………………………………..**

Adres: **……………………………………..**

potwierdza przekazanie,

**a Centralny Ośrodek Koordynujący NIO-PIB**

NIP 525-000-80-57

ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa,

potwierdza odbiór ….. szt. protokołów kontroli (odrębnie dla każdego aparatu) otrzymanych w formie elektronicznej oraz w formie papierowej wykonanych w ramach zadania pn.” *Poprawa jakości realizowanych w Polsce badań Przesiewowych’’,* dot. umowy z Ministrem Zdrowia nr 1/2-3/1/2016/97/640.

………………………….. ………………………….

Przekazał Odebrał

………………………….. …………………………..

Data Data

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

Miejscowość Miejscowość