

O Ś W I A D C Z E N I E

W imieniu szpitala
SAMODZIELNY PUBLICZNY
Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu
42-700 Lubliniec, ul. Sobieskiego 9
(pieczęć szpitala)
Tel: 94 958 03 80
.....
NIP 575.18.53.596 REGON 000310083

1. wyrażam zgodę na przyjęcie następujących wyrobów medycznych w darze od Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy:

- mechaniczna kompresja klatki piersiowej – 1 szt.
- USG FAST – 1 szt.
- torba pediatryczna – 1 szt.

z przeznaczeniem dla: **ZPRM przy ul. Grunwaldzka 9, 42-700 Lubliniec**

SP ZOZ w Lublińcu
ul. Sobieskiego 9,
42-700 Lubliniec

oraz na pokrywanie kosztów materiałów zużywalnych.

2. Ponadto zobowiązuję się do:

- a. wykorzystywania wyrobu/sprzętu medycznego w leczeniu/diagnozowaniu pacjentów (nie magazynowania go) oraz korzystania z wyrobu/sprzętu medycznego zgodnie z zaleceniami instrukcji obsługi
- b. nie wykorzystywania przedmiotu darowizny do celów komercyjnych
- c. nie zmieniania miejsca pierwotnego przeznaczenia przedmiotu darowizny bez zgody Zarządu Fundacji

3. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe zapisy jako zobowiązania do wykonania przez Obdarowanego będą zawarte w umowie darowizny wyżej wymienionych wyrobów medycznych, w formie poleceń Darczyńcy

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu

mgr inż. Włodzisław Szarchuła

.....
pieczęć i podpis dyrektora

GŁÓWNY KSIĘGOWY
Ola muf
mgr Karolina Famuła