

Kielce, dnia .....

**Dyrektor**

Świętokrzyskiego Centrum Onkologii SP ZOZ  
w Kielcach

**Wniosek o wyrażenie zgody na użyczenie sprzętu medycznego**

Działając w imieniu:

\_\_\_\_\_

NIP: \_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_

KRS: \_\_\_\_\_

zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na nieodpłatne użyczenie sprzętu medycznego:

\_\_\_\_\_

Sprzęt medyczny będzie przekazany na rzecz Działu/Kliniki:

\_\_\_\_\_

Informuję, że przekazywany sprzęt medyczny BĘDZIE/NIE BĘDZIE\* stosowany na  
Bloku Operacyjnym ŚCO.

Opis sprzętu medycznego:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oświadczam, iż użyczenie sprzętu medycznego ma na celu umożliwienie ŚCO SPZOZ  
w Kielcach ocenę cech i właściwości wyrobu w jego końcowej postaci, jednocześnie nie służy  
zasadniczo zaspokojeniu potrzeb ŚCO SPZOZ w Kielcach w zakresie danego sprzętu medycznego.

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Przyjmuję do wiadomości, że w celu oceny zasadności przedmiotowego wniosku mogę zostać wezwany do przedstawienia dodatkowych dokumentów. Niedostarczenie dodatkowych dokumentów w określonym w wezwaniu terminie będzie skutkowało odmową przyjęcia sprzętu medycznego.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią umowy dotyczącej użyczenia sprzętu medycznego i nie wnoszę, do niej żadnych zastrzeżeń.

Dane kontaktowe

telefon:.....

\_\_\_\_\_  
podpis osoby składającej  
wniosek

\*niepotrzebne skreślić.

### **Opinia merytoryczna Kierownika Kliniki/Działu**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Opinia merytoryczna Zespołu Aparatury Medycznej**

nie dotyczy

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Informacja dla Kierownika Bloku Operacyjnego (jeśli wymagane)**

nie dotyczy

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Decyzja Dyrektora ŚCO SPZOZ w Kielcach