Załącznik nr 7

do opisu przedmiotu zamówienia

109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

**PROTOKÓŁ Z KONTROLI DOSTAWY I JAKOŚCI POSIŁKÓW z dnia .................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Godzina dostawy do punktu dystrybucyjnego 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie | | Rodzaj posiłku | Temperatura posiłku | Zgodność dostarczonych potraw  z obowiązującym jadłospisem | Podpis pracownika wykonawcy | Podpis osoby kontrolującej |
| wymagana | faktyczna |
| I dostawa 7.15 - 7.45 |  | I śniadanie |  |  |  |  |
| II śniadanie |  |  |  |  |
| II dostawa 12.15 - 12.45 |  | obiad |  |  |  |  |
| III dostawa  16.30.17.00 |  | kolacja |  |  |  |  |
| posiłek nocny |  |  |  |  |

W wyniku przeprowadzonej kontroli temperatury, ilości zamówionych porcji oraz oceny organoleptycznej dostarczonych posiłków   
i produktów spożywczych:

a) nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. Dostarczone posiłki i produkty spożywcze spełniają wymagania określone w umowie zawartej z firmą cateringową.

b) stwierdzono następujące nieprawidłowości:

….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…...........................................................

podpis osoby kontrolującej