

**POROČILO
O IZVEDENEM TESTIRANJU NOVEGA BLAGA V SB NOVO MESTO**

Ponudnik: _____

Naziv blaga: _____

Oddelek/slужba: _____

Testirano blago ustreza potrebam uporabnika (DA/NE in navedba razlogov): DA NE

Predstojnik/vodja oddelka/slужbe: _____

Podpis:

Žig:

Datum:

Poslati po e-pošti (skenirano):

- *ponudniku,*
- *vodji službe za nabavo in skladiščenje bolnišnice.*