**Załącznik nr 2 do Umowy nr CSIOZ/…../2018**

**Protokół odbioru**

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia |
| z siedzibą w: | ul. Stanisława Dubois 5A, 00-184 Warszawa |
| którego reprezentuje: | …………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................ |
| Wykonawca: | ……………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................. |
| z siedzibą w: | ……………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................. |
| którego reprezentuje: | ……………………………………………………………………………………….................................... |

Zamawiający dokonuje odbioru Umowy nr …………………………………………………………………………………………..

Liczba uczestników:

Ustalenia:

1. Praca została / nie została\* wykonana zgodnie z Umową.
2. Wnioskuję / nie wnioskuję\* o rozliczenie finansowe.

Uwagi dodatkowe (dotyczą m.in. niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy, opóźnień w realizacji)

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRZEDSTAWICIEL ZAMAWIAJĄCEGO: |  | PRZEDSTAWICIEL WYKONAWCY: |
| (podpis) |  | (podpis) |

Miejscowość: ………………….., dnia: ……………………..