Załącznik nr 2

do Umowy nr CSIOZ/.../2017

**PROTOKÓŁ ODBIORU**

Sporządzony w dniu …………………2017 r., w Warszawie pomiędzy:

**Skarbem Państwa - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia** z siedzibą w Warszawie przy ul. Stanisława Dubois 5A

przy udziale przedstawiciela Strony………………………………………………………

przyjmuje / nie przyjmuje\*

**od Wykonawcy:** ……………………………………………………. z siedzibą w …….

przy udziale przedstawiciela Strony: ………………………………………………………

Zamawiający stwierdza, że przedmiot Umowy nr CSIOZ/…/2017 z dnia …2017 r. został wykonany:

terminowo\*/ nieterminowo\*

należycie\*/ nienależycie\*.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nazwa wyrobu** | **Ilość** | | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto**  [kolumna 6 =kolumna 4\*kolumna 5] |
| **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** |
| 1 |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 2 |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| … |  |  |  | |  |  |
| Razem: | |  |

Uwagi: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………;

wymienić lub brak uwag\*

Wnioskuję/nie wnioskuję\* o rozliczenie finansowe.

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedstawiciel Zamawiającego** | **Przedstawiciel Wykonawcy** |
| .............................................................. | .............................................................. |
| *(czytelny podpis)* | *(czytelny podpis)* |

\* niepotrzebne skreślić