Załącznik nr 3 do Umowy

nr CSIOZ/…..../2015

WZP.221.5.2015

**Protokół odbioru**

**Zamawiający: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia**

z siedzibą w Warszawie (00-184), przy ul. Stanisława Dubois 5a

przy udziale przedstawicieli Strony……………………………………………………………..

*(IMIĘ I NAZWISKO)*

przyjmuje / nie przyjmuje\* w dniu.............................

**od Wykonawcy:** …………………………………………………………………………………

*(PEŁNA NAZWA WYKONAWCY)*

z siedzibą w: ……………………………………………………………………………………..

*(DOKŁADNY ADRES)*

przy udziale przedstawicieli Strony: ……………………………………………………………..

*(IMIĘ I NAZWISKO)*

Przedmiot dostawy i odbioru w ramach Umowy nr CSIOZ/…/2015 z dnia ………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość (szt.)** | **Cena jednostkowa brutto**  **(zł)** | **Wartość brutto**  **(zł)** |
|
|
| 1. |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
|  | | | **Razem** |  |

Dostarczenie dokumentacji zgodnie z Umową.

Gwarancja …. miesięcy od daty podpisania niniejszego Protokołu Odbioru.

Zamawiający stwierdza, że przedmiot Umowy nr CSIOZ/…/2015 z dnia …………2015 r. został wykonany:

terminowo / nieterminowo\*, należycie / nienależycie\*.

Wnioskuję / nie wnioskuję\* o rozliczenie finansowe.

Uwagi: wymienić / brak uwag\*

……………………………………………………………………………………………………………

Warszawa, dnia ……………………

Przedstawiciel Zamawiającego Przedstawiciel Wykonawcy

…………………………………... ………………………………

(Czytelny podpis) (Czytelny podpis)

\* niepotrzebne skreślić