**Załącznik nr 3**

**do Umowy nr CSIOZ/……./2015**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………… |  | ………………………………………… |
| (dane Wykonawcy) |  | *(miejscowość, data)* |

**LISTA PODWYKONAWCÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres usług zleconych Podwykonawcy** | **Nazwa Podwykonawcy** | **Siedziba Podwykonawcy** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….. , dn.………………... | ……….…………………………………………………. |
|  | *pieczątka, podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania* |

**Załącznik nr 4**

**do Umowy nr CSIOZ/……./2015**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………… |  | ………………………………………… |
| (dane Wykonawcy) |  | *(miejscowość, data)* |

**WYKAZ WSZYSTKICH OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI UMOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rola** | **Imię i Nazwisko** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….. , dn.………………... | ……….…………………………………………………. |
|  | *pieczątka, podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania* |

**Załącznik nr 5**

**do Umowy nr CSIOZ/……./2015**

**MIESIĘCZNY PROTOKÓŁ ODBIORU / CZĄSTKOWY PROTOKÓŁ ODBIORU / / PROTOKÓŁ ODBIORU\***

Sporządzony w dniu…………………….2015 r., w Warszawie pomiędzy:

Przedstawicielem Zamawiającego:

…………………………………………

a

Przedstawicielem Wykonawcy:

………………………………………….

Zamawiający stwierdza, że przedmiot, o którym mowa w § … pkt … ust. … lit. …. Umowy nr CSIOZ/……/2015 z dnia ……….2015 r. został wykonany:

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

Załączniki:\*

……………………………………………………………………………………………….

Uwagi: wymienić\* lub brak uwag\*

……………………………………………………………………………………………….

Wnioskuję/nie wnioskuję\* o rozliczenie finansowe pracy.

Miejsce................................. , dnia..................................

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

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 6**

**do Umowy nr CSIOZ/……/2015**

**PROTOKÓŁ ODBIORU ZLECENIA**

**do Umowy nr CSIOZ/……../2015**

W dniu ……………… w Warszawie **Przedstawiciel Zamawiającego** - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, ……………………………,

przy udziale **Przedstawiciela Wykonawcy**: …………………………..

dokonuje odbioru przedmiotu zlecenia Nr ……. z dnia …….

Ustalenia:

1. Wykonane usługi są kompletne / niekompletne\*
2. Wnioskuje / nie wnioskuje[[1]](#footnote-1)\* o rozliczenie finansowe usług.
3. Ilość roboczogodzin wykorzystanych do realizacji zlecenia to ……….
4. Przekazanie dokumentacji (jeżeli była wymagana) tak/nie\*

Uwagi (dotyczą m.in. niewykonania lub nienależytego wykonania Zlecenia, opóźnień w realizacji Zleceń):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Załączniki:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i podpis Przedstawiciela Zamawiającego** | **Data i podpis Przedstawiciela Wykonawcy** |
| ………………………………………… | ………………………………………… |

1. \* /niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)