



**Załącznik nr 4 do Umowy
nr CSIOZ/...../2015**

**PROTOKÓŁ ODBIORU ZLECENIA
do Umowy nr CSIOZ/...../2015**

W dniu w Warszawie upoważniony **Przedstawiciel Zamawiającego** - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,,
przy udziale upoważnionego **Przedstawiciela Wykonawcy**:
dokonuje odbioru przedmiotu zlecenia Nr z dnia

Ustalenia:

1. Wykonane usługi są kompletne / niekompletne*
2. Wnioskuję / nie wnioskuję* o rozliczenie finansowe usługi.
3. Ilość roboczogodzin wykorzystanych do realizacji zlecenia to

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

.....
.....

Przedstawiciel Zamawiającego:

Przedstawiciel Wykonawcy:

.....

Miejscowość..... dnia.....

* /niepotrzebne skreślić



INNOWACYJNA
GOSPODARKA
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO

