**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. Wnioskuje / nie wnioskuje[[1]](#footnote-1)\* 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..................................*

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