**Załącznik nr 2 do Umowy CSIOZ/……./2020**

**Protokół odbioru**

|  |  |
| --- | --- |
| Zamawiający: | Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia |
| z siedzibą w: | ul. Stanisława Dubois 5A, 00-184 Warszawa |
| którego reprezentuje: | …………………………………………………………………. |
| Wykonawca: | …………………………………………………………………. |
| z siedzibą w: | …………………………………………………………………. |
| którego reprezentuje: | ………………………………..................................... |

Przedstawiciel Zamawiającego dokonuje odbioru przedmiotu umowy wg. poniższej specyfikacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania** | **Wartość zadania brutto** |
|  |  |  |
| **2.** |  |  |
| RAZEM | |  |

Ustalenia:

1. Praca została / nie została\* wykonana zgodnie z Umową.
2. Wnioskuję / nie wnioskuję\* o rozliczenie finansowe.

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

|  |
| --- |
| Brak |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRZEDSTAWICIEL ZAMAWIAJĄCEGO: | |  | | PRZEDSTAWICIEL WYKONAWCY: | |
| (podpis) | |  | | (podpis) | |

Miejscowość: Warszawa, dnia: …...................