

Szczecin dnia

Wzór- Protokół odbioru usług

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Wojewódzki
Szpital Zespolony W Szczecinie
Ul. Arkońska 4
71-455 Szczecin

Wykonawca:

.....
.....
.....
.....

Nr umowy:
Za okres:

Potwierdzam zgodną z zapisami umowy realizację usług w zakresie:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Obsługa serwisowa (Zał. 1B do Umowy) | Tak / Nie ^{1,2} |
| 2. Nadzór autorski i wsparcie techniczne (Zał. 1c do Umowy) | Tak / Nie ^{1,2} |
| 3. Archiwizacja danych (Zał. 1 D do Umowy) | Tak / Nie ^{1,2} |

Załączono do protokołu rejestr zgłoszeń za okres:

Niniejszy protokół stanowi / nie stanowi¹ podstawę do wystawienia Faktury za wykonanie usług w okresie którego dotyczy protokół.

¹ Niepotrzebne skreślić

² W przypadku kiedy użyto „nie” w jakimkolwiek punkcie następuje brak odbioru całości usług.

Przyczyna braku odbioru :

.....

Proponowany termin realizacji wyznaczony przez wykonawcę:

.....

.....

Osoba odpowiedzialna ze
strony Zamawiającego

.....

Osoba odpowiedzialna ze
strony Wykonawcy