



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego
51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5
NIP: 895-16-31-106, Regon: 000290469
tel. cent. 71/325-03-56 do 59; 71/326-13-27 do 31; sekretariat 71/395-74-26; fax 71/326-06-22



Załącznik nr 4 do
postępowania ZO/18/AI/2024

Protokół Odbioru Licencji

| | | |
|--|--|-------------|
| Wykonawca: | Zamawiający: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego 51-149 Wrocław, ul. Koszarowa 5 NIP: 895-16-31-106, REGON: 000290469 | |
| Protokół Odbioru Licencji | | |
| ORACLE STADARD EDITION 2 – FULL USE / 1 ROK Zgodnie z załącznikiem nr 3 do OPZ. Znak sprawy ZO/18/AI/2024 | | |
| Określenie produktu (Należy podać nazwę licencji/oprogramowania, ilość sztuk licencji) | | |
| | | |
| Uwagi dotyczące odbioru (Uwagi dotyczą kompletności dostawy i końcowego wyniku przyjęcia-pozytywny/negatywny) | | |
| | | |
| Dokumenty dołączone i odnośne | | |
| Funkcja | Podpis | Data |
| Zamawiający ** | | |
| Wykonawca ** | | |

* Wpisać numer

** Należy podać imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania dokumentu