



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



**DOLNY
ŚLĄSK**

Załącznik nr 4

znak sprawy ZO/61/AI/24

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 19c STADARD EDITION 2 (2 CORE) – FULL USE / 1 ROK
Umowa nr

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