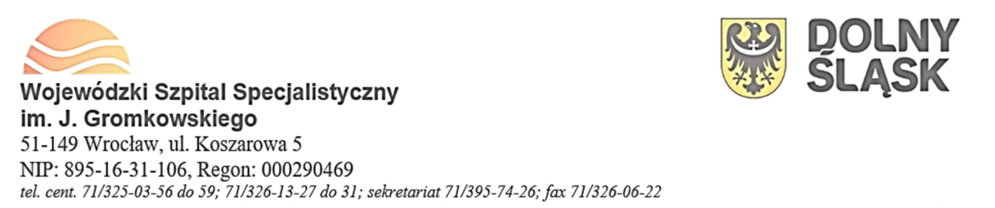
**Załącznik nr 4**

znak sprawy ZO/65/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