**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